سلسلۂ نصابیات علوم جامعۂ عثمانیہ

فورینسک میڈیسن اینڈ ٹاکسی کالوجی

یعنی

طب قانونی اور سمومیات

جلد اول

چھٹا ایڈیشن

تصنیف

جے۔ ڈکسن مان۔ ایم۔ ڈی۔ ایف۔ آر۔ سی۔ پی

ترجمہ

ڈاکٹر محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس۔ رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی

سنہ ۱۳۵۶ھ م سنہ ۱۳۴۶ف م سنہ ۱۹۳۷ء

دارالطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

فہرست مضامین

حصہ اول طب قانونی

باب | اُردو صفحات

حصّہ دوم

جنون اور دیگر غیر طبعی کیفیات

FORENSIC MEDICINE AND TOXICOLOGY

BLOOD SPECTRA.

1. Oxyhæmoglobin.
2. Hæmoglobin.
3. Mathæmoglobin.
4. Alkaline hæmatin.
5. Hæmochromogen (reduced alkaline hæmatin)
6. Carbon monoxide hæmoglobin.

*

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

FORENSIC MEDICINE AND TOXIC OLOGY

طبّ قانونی و سمومیات

حصّہ اوّل

طبّ قانونی

بابِ اوّل

تمہید ۔ کارونر کی عدالت ۔ اسائنز

طب قانونی یا طبی قانون کے موضوع کے بہت سے پہلو ہیں اور اس کے جاننے کے لئے ضروری ہے کہ علم طب، اس کی تمام شاخوں اور متعلقہ علوم سے کم و بیش واقفیت ہو۔ کہا گیا ہے کہ اگر کوئی طبیب جسے اپنے فن کی خاصی معلومات حاصل ہوں، اُسے ایک طبی قانون داں کی سند حاصل کرنے کے لئے صرف معمولی سمجھ ہی کی ضرورت ہے۔ یہ بیان بظاہر صحیح مگر فی الحقیقت مغالطہ پر مبنی ہے۔ مثلاً جراحی

اور قبالت کا علم صرف اس حد تک، جس حد تک کہ یہ ازالۂ تکلیف کے لئے ضروری ہے، ان متعدد پیچیدہ مسائل کے حل کرنے کے لئے جن سے طبی قانون داں کو دوچار ہونا پڑتا ہے، ذرا بھی کار آمد نہیں۔ اگرچہ مقصد کے لئے مذکورہ بالا شعبہ جات طب ہی کی طرف رجوع کرنا پڑتا ہے۔ سرجن (surgeon) کے علم اور ہنرمندی کا بیشتر حصہ طبی قانون داں کے لئے بے فائدہ ہوتا ہے۔ اور جراحتی (surgical) نوعیت کا وہ علم جو طبّی قانون داں کے لئے اہمیت رکھتا ہے، سرجن کے لئے بالکل بیکار ہوتا ہے۔ ایک زخمی شخص کی مثال لیجئے۔ سرجن تو اس کے زخم کا معائنہ اس غرض سے کرتا ہے کہ اس کی شفا کے لئے بہترین علاج دریافت کرے۔ اس کے لئے یہ امر بہت کم اہمیت رکھتا ہے کہ آیا زخم خود زدہ (self-inflicted) ہے یا نہیں۔ یا یہ کہ کسی مخصوص آلہ سے پیدا کیا گیا ہے۔ یا کیا اس طرح پیدا نہیں ہو سکتا تھا۔ برخلاف اس کے طبی قانون داں کو اپنی توجہ زیادہ تر اِنہی امور کی طرف مبذول کرنی پڑتی ہے۔ طبّی قانونی اغراض کے لئے اُن مختلف شعبہ جات طب کے علم کے علاوہ جو بیماروں کے اچھا کرنے سے تعلق رکھتے ہیں کسی مزید شئے کی ضرورت باقی رہتی ہے۔ اور معمولی سمجھ اس مزید علم کی بجائے کام نہیں دے سکتی، بلکہ اس کے لئے ایک خاص تربیت کی ضرورت ہے۔ اگر کوئی طبیب طبّی قانون داں کا پیشہ شروع کرے اور وہ طب و جراحی و علوم متعلقہ کی واقفیت کے علاوہ صرف اسی حد تک جس حد تک کہ یہ فن علاج سے واسطہ رکھتے ہیں اور کسی طرح سے تیاری نہ رکھتا ہو، اور نہ ان رشتہ قائم کرنے والی کڑیوں سے آگاہی رکھتا ہو، جن کے ذریعہ یہ علوم طب قانونی کی مداولت کے تابع کئے جاتے ہیں تو وہ ناگزیر طور پر کسی واردات کی ان خصوصیتوں کو نظر انداز کر دے گا، جن کی صحیح تاویل سے مطلوبہ معلومات حاصل ہوتی ہیں۔

اگرچہ طبِ قانونی ایک ایسا موضوع ہے، جس کے لئے ایک مخصوص مطالعہ ضروری ہے تاہم بدقسمتی سے واقعہ یہ ہے کہ اس ملک میں ایسے مطالعہ کے مواقع محدود ہیں۔ طب قانونی کے اطلاقات اکثر اوقات کارونر

کی تفتیشات کے سلسلہ میں ہوتے ہیں۔ عدالت میں جو تحقیقات ہوتی ہے وہ عوام کے لئے کھلی ہوتی ہے ۔ لیکن بعد الموت امتحانات کے وقت کسی غیر مجاز شخص کو موجود ہونے کا حق نہیں ہوتا ۔ با ایں ہمہ اگر کوئی طالب علم طب قانونی کی عملی واقفیت کی تحصیل کا خواہشمند ہو تو اس کو ان تفتیشوں میں حاضر ہونے کے مواقع حاصل کرنے چاہیں ۔ وہ امتحان لاش میں حاضری کی اجازت کا حصول اکثر اوقات ممکن پائے گا ۔ فرانس اور جرمنی میں عدالتی حکام طبی طالب علموں کو اس مضمون میں تربیت دینے کے لئے خاص سہولتیں مہیا کرتے ہیں

طب قانونی کی حدود کے متعلق چند الفاظ کہنے ضروری ہیں طب قانونی کی تعریف یوں کی گئی ہے ، "علم طب کا استعمال قانونی اغراض کے لئے" اس تعریف کا تعلق زیادہ تر ایسے معاملات سے ہوتا ہے ، مثلاً اُن صورتوں میں جن میں امکاناً جرم کا ارتکاب ہوا ہے ۔ تضررات کی تفتیش ، بعد الموت امتحانات ، سمومیاتی تجزیہ یا جب معاوضہ کے سوالات درپیش ہوں تو زندہ یا مردہ کا امتحان ، فسخ نکاح کے متعلق استغاثوں میں یا جنون کے مریضوں میں امتحانات ، لیکن اس امر کی سخت ضرورت ہے کہ ہر طبیب ان آئینوں سے بھی جو اس پر تعمیل فن میں بلا واسطہ اثر انداز ہوتے ہوں کچھ نہ کچھ واقفیت رکھتا ہو اور اب اکثر اوقات ان کو بھی طب قانونی کی تدریس میں شامل کر لیا جاتا ہے ۔ مثلاً طبیب کو کم از کم جنرل میڈیکل کونسل (general medical council) کی ہیئت ترکیبی اور اس کے اختیارات سے عمومی واقفیت ہونی چاہئے ۔ اور تسجیل کے فعل سے جو فرائض اس پر عائد ہوتے ہیں یا جو حقوق اسے حاصل ہوتے ہیں ان سے بھی آگاہ ہونا چاہئے ۔ اموات کی تصدیق ، پیدائشوں کی اطلاع اور متعدی و صنعتی امراض کی اطلاع کے متعلق جو اس کے فرائض ہیں ، ان کا علم رکھنا چاہئے ۔ مریضوں کے علاج میں اپنی ذمہ داری کا اور فنی معاملات میں رازداری قائم رکھنے کے فرض کا بروقت پہچاننا ممکن ہے اسے قانونی عدالتوں میں کسی ناخوشگوار تجربہ سے بچا دے ۔ ان تمام موضوعات پر چھبیسویں باب میں پورے طور پر نظر ڈالی گئی ہے ۔

بعض سمتوں میں حفظانِ صحت یعنی علم صحت عامہ اور علم طب قانونی کے درمیان حد فاصل قائم کرنا آسان نہیں ہے۔ ایسے معاملات مثلاً اشیا خوردنی میں آمیزش، حکومت کے طرف سے زہری امراض کی روک تھام، اختراعی (patent) ادویا کی فروخت پر قیود، اگرچہ ان کا ابتدائی مقصد صحت عامہ کی بہتری ہے لیکن ان سے قانون کے اور افراد کی آزادی کے مسائل وابستہ ہیں۔ لہذا انہیں طبی قانون ان کے دائرہ میں شامل کرنا جائز ہے۔ یہ دونوں شاخیں وہ علم بناتی ہیں جسے مملکتی طب (state medicine) کہتے ہیں۔ جس کو ان سرگرمیوں کے کل سلسلے پر مشتمل سمجھا جاتا ہے جو حکومت کو طب کے علم اور مداولت سے وابستہ کرتی ہیں۔

چونکہ قانونی طب کے علم کی ضرورت سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ قانونی عدالتوں میں ہی پیش آتی ہے۔ یہ امر سہولت وہ ہوگا کہ اس کا آغاز اس ضابطہ کے مختصر بیان سے کیا جائے، جو ان عدالتوں میں برتا جاتا ہے۔

کارونر (CORONER) کی عدالت

شاہی کارونر یا "کرونر" (crowner) (تاجی) کا عہدہ ملک کے قدیم ترین عہدوں میں سے ہے۔ اس کا اول ترین مستند حوالہ ۱۱۹۴ء کے اس فرمان میں پایا جاتا ہے۔ جو آئر (Eyre) کے ججوں کے نام تھا۔ پہلے وقتوں میں کارونر بادشاہ کا مالیاتی عہدہ دار ہوتا تھا۔ اور اس کے سپرد مجرموں کا معلوم کرنا اور بشرط ضرورت ان سے بجبر اقبال کروانے اور ان کے سامان کو بحق بادشاہ ضبط کرنے کا فرض تھا یگنا کارٹا (magna charta) کے زمانے تک منجانب تاج اسے پلیز (pleas) بھی حاصل تھے، یعنی وہ فوجداری جج کی حیثیت رکھتا تھا۔ دیگر فرائض یہ تھے: دفینوں، (treasure troves) برباد شدہ جہازوں، ساحل افتادہ وہیلوں (whales) اور شاہی سٹرجنوں (sturgeons) پر قبضہ کرنا اور ڈیو ڈانڈ (deodand) کی قیمت کا اندازہ لگانا۔ ڈیو ڈنڈ سے وہ ذی حیات یا غیر ذی حیات شئے مراد تھی جو موت کا سبب ہونے کی وجہ سے بحق تاج ضبط ہو جاتی تھی۔ مثلاً اگر کسی بیل نے کسی کو ہلاک

کر دیا تو بیل یا اس کی نقد قیمت ضبط ہو جاتی تھی ۔ ماضی قریب میں یعنی ۱۸۳۶ء میں
کارونر کی جیوری نے دخانی جہاز وکٹوریہ کے جو شدان پر ۱۵۰۰ پونڈ کا ڈیوڈنڈ 3
لگایا تھا ۔ کیونکہ وہ دھماکے سے پھٹ کر نقصان جان کا باعث ہوا تھا ۔ ہلاکت
کا سبب دریافت کرنے کا ایک مقصد یہ بھی ہوا کرتا تھا کہ یہ معلوم کیا جائے
کہ ایسی کوئی جائداد تو نہیں ہے جو بحق تاج باز گشت ہو سکے اور یہ اس وقت ہوتا
تھا جب متوفی محروم الحفاظت (out law) یا سنگین مجرم ہوتا جس میں لازماً
خودکشی بھی داخل ہوتا تھا ۔

لیکن بجز اس فرض کے جو دفینوں سے متعلق ہے ۔ یہ سب فرائض منسوخ
ہو چکے ہیں ۔ اور ۱۸۸۷ء کے آئین کارونر کا اقتضا محض اتنا ہے کہ جیوری کو اس
امر کی تصدیق کرنی ہوگی کہ متوفی کب، کہاں اور کس طرح پر اپنی موت کو
پہنچا ۔ مگر مختلف کارونر جو تاویلات ان الفاظ کی کرتے ہیں ان میں بہت ہی
اختلاف ہے ۔ اور یہی وجہ ہے کہ جو اصول اور کارروائیاں مختلف عدالتوں
میں اختیار کی جاتی ہیں ان میں بہت زیادہ وسعت اختلاف ہے ۔ بعض سمجھتے
ہیں کہ ان کا فرض محض اس امر کی دریافت سے شروع اور اسپر ختم ہو جاتا ہے کہ
ارتکاب جرم ہوا ہے یا نہیں ۔ اگر واردات شک و شبہ سے پاک ہو، تو وہ کسی
بھی طبیب کو سند دہی کا اختیار دے سکتے ہیں خواہ کارونر موت کے مرضیاتی
سبب سے بے خبر ہی کیوں نہ ہوں ۔ یا اگر تفتیش عمل میں آئی ہے تو یہ کارونر
محض "موت از اسباب طبعی" کی رائے (verdict) دینے سے مطمئن ہو جاتے ہیں ۔ بعض
کارونر خواہ تشدد کے شبہ کی کوئی وجہ بھی موجود نہ ہو، سائنس یا اعداد و شمار
کی اغراض کے لئے ایسی اموات کی تفتیش کرتے ہیں جن کا مرضیاتی سبب نامعلوم
ہو ۔ بعض کارونروں کا خیال ہے کہ جو اموات معدمات جس کے زیر اثر واقع
ہوتی ہیں ان کی تفتیش ان پر واجب ہے ۔ اور بعض صرف اس صورت میں
واجب سمجھتے ہیں جب غفلت کا الزام لگایا جائے ۔ کوئی کارونر طبی شہادت
طلب کئے بغیر بمشکل کوئی تفتیش عمل میں لاتا ہے ۔ دوسرا کارونر ایسی شہادت کو
کبھی کبھی طلب کرتا ہے ۔ بعد الموت امتحانات کا تناسب ان تفتیشوں کے

لحاظ سے، جو عمل میں لائی گئی ہیں زائد از ۹۰ فی صدی سے لے کر کمتر از ۲۰ فی صدی تک اختلاف پذیر ہے۔ مدیر ہذا نے کسی اور جگہ اس امر پر زور دیا ہے کہ صحیح اعداد حیات و ممات حاصل کرنے کی جو اہمیت ہے اس کے پیش نظر مرضیاتی سبب ہر مقدمہ میں کامل طور پر تحقیق کرنا چاہئیے۔

جن جن حالات کے تحت طبیب کارونر کو موت کی اطلاع دینے پر مجبور ہے ان پر چھبیسویں باب میں غور کیا گیا ہے۔ اس وقت ہم کو صرف دستور العمل سے واسطہ ہے۔ یہ بہت سادہ ہے۔ جیوری کو حلف اٹھانے کے بعد لاش کا معائنہ (view) کرنا ہوتا ہے۔ جو اکثر عدالتوں میں اس طرح کیا جاتا ہے کہ اہل جیوری قطار بن کر ایک ایسے دریچے کے سامنے سے گذرتے ہیں جس کی دوسری جانب متوفی ایسا مکمل طور پر ڈھکا ہوا پڑا ہوتا ہے کہ سوائے چہرہ کے تمام حصہ پوشیدہ رہتا ہے۔ مگر یہ امر حل طلب ہے کہ اس کارروائی کا کیا فائدہ ہے۔ اس امر پر زور دیا جاتا ہے کہ اس سے جیوری کو طبی شہادت کے سمجھنے میں آسانی ہوتی ہے۔ مگر یہ خیال میں لانا مشکل ہے کہ اندرونی اعضا کے دکھائے بغیر ایسا ہونا کس طرح ممکن ہے۔ اس کے برخلاف اس سے بلاشک غلط فہمیاں پیدا ہوتی ہیں۔ مثلاً اہل جیوری میں اس امر کا بہت میلان پایا جاتا ہے کہ وہ بعد الموت تلوین کو تشدد کا اثر سمجھ لیں یا ایک دم یہ نتیجہ اخذ کر لیں کہ لاغری غفلت عمد کی دلیل ہے۔ گواہوں کا حلفیہ اظہار لیا جاتا ہے۔ ان کی شہادت قلمبند کی جاتی ہے۔ اور اگر مزید کارروائی ہونی ہو تو ان کو مالی تعزیر کی بناء پر اس عدالت بالا میں جس میں مقدمہ منتقل ہو۔ حاضری کا مکلف بنایا جاتا ہے۔

طبی شہادت بالعموم سب سے آخیر میں لی جاتی ہے۔ لیکن بعض عدالتوں میں کارونر صاحب طبیب کو ایک نقشہ مہیا کر دیتے ہیں کہ طبیب امتحان بعد الموت کر چکنے کے بعد اسے پُر کر کے واپس کر دے۔ چنانچہ کارونر کو آغاز تفتیش ہی سے طبی شہادت کے علم کا فائدہ حاصل رہتا ہے۔ اس میں بہت سہولت ہے۔ اور اگر نقشہ کی خانہ پری ٹھیک ٹھیک ہوئی ہو تو اس کا ایک مزید نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ یقینی ہو جاتا ہے کہ طبیب نے اپنے امتحان میں کوئی امر فروگذاشت

نہیں کیا۔ طبیب پر نقشہ کی خانہ پری کرنے کا کوئی آئینی فرض عائد نہیں ہوتا۔ تاہم بالعموم قرین مصلحت یہی ہوتا ہے کہ وہ خانہ پری کرے۔ اگر شہادت نامکمل ہو اور مزید شہادت پیش کئے جانے کی توقع ہو تو کارونر تفتیش کو ملتوی کر سکتا ہے۔ اگر کارونر کی عدالت کسی شخص پر قتل عمد یا قتل انسان کی فرد جرم لگائے تو کارونر ایک حکمنامہ جاری کرتا ہے کہ اگر ملزم شخص پہلے سے زیر حراست نہ ہو تو اس کو حراست میں لے لیا جائے۔ اگر جرم قتل انسان ہے تو کارونر ضمانت منظور کر سکتا ہے۔ چونکہ عدالتی کارروائی کسی خاص شخص کے خلاف نہیں ہوتی یعنی کوئی خاص شخص زیر سماعت نہیں ہوتا لہذا یہ ضروری نہیں کہ مشتبہ شخص حاضر رہے، ہاں اگر وہ خود چاہے تو اسے حاضر ہونے کی اجازت دے دی جاتی ہے۔

قانون جیوری ۱۹۱۷ء کی رو سے کارونروں کو جیوری کے بغیر بھی تفتیش عمل میں لانے کے اختیارات حاصل ہیں۔ سردست یہ انتظام عارضی ہے مگر ممکن ہے کہ مستقل طور پر باقی رہ جائے۔

طبی گواہ کو یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ جو مقدمات کہ بعد میں مشہور مقدمات (causes celebres) کے نام سے معروف ہو جاتے ہیں تقریباً تمام کے تمام پہلے پہل کارونر کی عدالت ہی میں شروع ہوتے ہیں اور نیز یہ کہ جو شہادت وہ اس عدالت میں دیتا ہے، یہ ممکن ہے کہ بعد میں ایسی باریک بین عقلیں اس کی چھان بین کریں جو اس کام کے لئے خاص طور پر تربیت یافتہ ہوتی ہیں۔ یہ واقعہ کہ ایسے اکثر مقدمے جو کارونر کی عدالت کے سامنے پیش ہوتے ہیں، وہیں ختم ہو جاتے ہیں بسا اوقات اس امر کا موجب ہوتا ہے کہ طبی گواہ اس شہادت کے تیار کرنے میں جو وہ دینے والا ہوتا ہے، بے احتیاطی برتتا ہے، ایک وقتی رجحان (impulse) پر اعتماد کرتے ہوئے وہ ایسی رائے دے جاتا ہے کہ جس کے دینے پر وہ بعد میں متاسف ہوتا ہے۔ کارونر کی عدالت میں جو بیانات دیے جاتے ہیں ایک شہادت نامہ کی شکل میں سپرد قرطاس ہو جاتے ہیں اور ان پر گواہ اپنے دستخط ثبت کر دیتا ہے۔ جب مقدمہ اسائز

(assizes) کے روبرو پیش ہوتا ہے۔ تو ان شہادت ناموں کی نقلیں جج اور وکیل دونوں کے ہاتھ میں موجود ہوتی ہیں۔

کارونر کی عدالت میں یہ ضروری نہیں کہ قانون شہادت کا لحاظ رکھا جائے۔ کارونر کو اختیار ہے کہ وہ جو شہادت چاہے قبول کرے خواہ سماعی ہو یا غیر سماعی۔ وکلا اور مشیران قانونی کو اجازت ہے کہ وہ موکلوں کے مفاد کی خاطر عدالت میں حاضر رہیں۔ لیکن وہ کوئی حیثیت (locus standi) نہیں رکھتے۔ نظری طور پر ان کو صفائی پیش کرنے یا گواہوں پر جرح کرنے کا کوئی استحقاق نہیں ہے۔ اگر کوئی سوال کرنا چاہیں تو وہ صرف کارونر کے توسط اور اس کی اجازت سے ایسا کر سکتے ہیں۔ لیکن عملاً اس پہلو میں معتدبہ آزادی روا رکھی جاتی ہے۔ حتیٰ کہ بعض اوقات ایسے بیانات کی اجازت دے دی جاتی ہے جو جیوری کے سامنے تقریر کرنے سے قریبی مماثلت رکھتے ہیں۔ کوئلہ کی کانوں کے انضباط کے قانون ۱۸۸۷ء (Coal Mines Regulation Act of 1887) کا یہ مدعا ہے کہ ایسا وکیل گواہوں کا اظہار کرا سکتا ہے جو ان اشخاص کا جن کے مفاد متاثر ہوتے ہوں نمائندہ ہو، لیکن کارونر کے حکم کے تحت۔

مجسٹریٹ کی عدالت

ایک اور ابتدائی عدالت تحقیقات مجسٹریٹ کی اجلاس خفیفہ کی عدالت ہے۔ اس عدالت میں کارروائی اس سوال کی تحقیقات کی شکل اختیار کرتی ہے کہ جس شخص پر کسی مجرمانہ فعل یا مجرمانہ نوعیت کی غفلت کا الزام لگایا گیا ہے۔ وہ واقعی قصوروار ہے یا نہیں۔ اب چونکہ سوال قصورواری اور بے قصوری کا ہے اس لئے ملزم کی حاضری لازمی ہے۔ اور اس وجہ سے وکیل گواہوں کا امتحان اور ان پر جرح کر سکتا ہے۔ اگر گرفتاری عمل میں نہ آئی ہو تو مجسٹریٹی تحقیقات عمل میں نہیں آ سکتی۔ غیر اہم مثلاً معمولی زدوکوب کے مقدمات کو سرسری طور پر نپٹایا جا سکتا ہے۔ جن مقدمات

میں قتل عمد یا قتل انسان کا شبہ ہو۔ اُن میں اکثر ایسا ہوتا ہے کہ مجسٹریٹی تحقیقات کارونر کی تفتیش کے دوران ہی میں یا اس کے فوراً ہی بعد انجام دی جاتی ہے۔ اور جو طبی گواہ آخر الذکر تحقیقات میں حاضر ہوتے ہیں ان کو مجسٹریٹ کے روبرو مکرر شہادت دینا پڑتی ہے۔ اگر شہادت جرم کے ثبوت میں کافی طور پر قطعی متصور ہو تو قیدی کو ایک عدالت بالا کے سپرد کر دیا جاتا ہے۔ اور گواہوں کو اس میں حاضر ہونے اور شہادت دینے کے لئے پابند کر دیا جاتا ہے۔ اسائزز (assizes) میں حاضر ہونے کے طلبنامہ (summons) کو سب پینا (subpœna) کہتے ہیں۔ اور جب وہ مناسب اخراجات سواری کے ساتھ جاری کیا جاتا ہے تو فوجداری مقدمہ کے ہر گواہ پر اس کی تعمیل واجب ہو جاتی ہے معمولی اور اکسپرٹ گواہوں کے اضافی فرائض کیا ہیں اس پر بعد میں بحث کی جائے گی۔

اسائزز

اسائزز (assizes) وہ عدالتیں ہیں، جن میں فوجداری اور دیوانی دونوں قسم کے مقدمات کی سماعت ہوتی ہے بالعموم دو جج ہوتے ہیں۔ ایک تو عدالت تاج کی صدارت کرتا ہے جہاں فوجداری مقدمات کی سماعت ہوتی ہے اور دوسرا دیوانی عدالت کی، جہاں دو افراد یا دو فریقوں کے درمیان کے مقدمات سنے جاتے ہیں ہمارا سابقہ سر دست اول الذکر سے ہے۔　5

پیشتر اس کے کہ کوئی مقدمہ ماتحت عدالت سے بغرض سماعت سپرد ہو کر جج اور جیوری خفیفہ کے روبرو پیش ہو جیوری عالیہ اس کی تحقیقات کرتی ہے جیوری عالیہ کا کام اس بات کی تحقیق کرنا ہے کہ جو مقدمات اس کے روبرو پیش ہوتے ہیں، وہ سماعت کے سپرد ہونے کے قابل ہیں یا نہیں جیوری عالیہ (grand jury) کے ارکان اسے اس طرح انجام دیتے ہیں کہ جن گواہوں کی شہادت وہ مناسب سمجھتے ہیں کونسل (counsel) کی مداخلت کے بغیر سنتے ہیں۔ اگر وہ مطمئن ہو جائیں کہ فلاں مقدمہ جج اور جیوری خفیفہ (petty jury) کے روبرو پیش ہونا چاہیئے تو وہ اس کو صحیح کارروائی

(true bill) قرار دے دیتے ہیں۔ ورنہ وہ اس کارروائی (bill) کو مسترد کر دیتے ہیں (throw out) یعنی کارروائی کو منسوخ اور ملزم کو رہا کر دیا جاتا ہے۔ طبّی گواہوں کو سب پینا (subpœna) کے ماتحت جیوری عالیہ کے سامنے شہادت دینے کے لیے طلب کیا جا سکتا ہے۔

اسائزز کی عدالت تاج (crown court of assizes) ایک جج اور بارہ آدمیوں کی حلف گرفتہ جیوری پر شامل ہے جنہیں جیوری خفیفہ کہا جاتا ہے۔ جیوری خفیفہ کا فریضہ یہ ہے کہ شہادت سنیں اور جب جج واقعات کی تشخیص کرے تو اس کو ملحوظ رکھکر وہ ایک رائے ظاہر کریں۔ کہ آیا قیدی قصوروار پایا گیا ہے یا بے قصور۔ جج جب یہ رائے معلوم کر لیتا ہے تو اگر خطاوار قرار دینے کی رائے ہو وہ جو سزا مناسب سمجھتا ہے، عائد کرتا ہے۔ عدالت اسائزز کے روبرو صرف بیرسٹر ہی پیروی کر سکتے ہیں۔ لیکن مجسٹریٹ کے اجلاس خفیفہ کی عدالت میں بیرسٹر اور سالسٹرز (solicitors) دونوں پیروی کر سکتے ہیں۔

عدالت اسائزز میں گواہوں کی شہادت بطریقہ ذیل پیش کی جاتی ہے۔

پہلے تو امتحان خاص (examination-in-chief) ہوتا ہے جو سوالات کے ایک سلسلہ پر شامل ہے۔ یہ سوالات گواہ پر اس کونسل (counsel) کی جانب سے کئے جاتے ہیں جو کہ جس فریق کی طرف سے گواہ پیش ہوتا ہے اس فریق کی نمائندگی کرتا ہے یا سالسٹر (solicitor) نے جس کی تحویل میں مقدمہ ہوتا ہے۔ مقدمہ کی پوری پوری تفصیل تب رکی ہوتی ہے اور اس بریف (brief) کے بیانات سے پہلے آگاہ ہونے کے باعث کونسل گواہ پر اس طرح سوالات کرتا ہے کہ مقدمہ کے متعلق جو کچھ بھی گواہ جانتا ہو اس کی تفصیل بوضاحت عدالت کے سامنے آ جائے۔ بسا اوقات سوالات اس طریق پر کئے جاتے ہیں کہ ان کا جواب صرف نفی یا اثبات میں ہو سکتا ہے۔ جب یہ امتحان خاص ختم ہو جاتا ہے تو اسی گواہ پر مقابل کے فریق کا کونسل جرح کرتا ہے۔ جرح کا مقصد اوّل پیش کردہ شہادت کی قیمت کو جہاں تک کہ وہ جرح کنندہ کے موکل کے لیے مخالفانہ ہے کم کرنا ہے۔ اور مقدمہ کے متعلق ایک دوسرا نقطہ نظر پیش کرنا ہے۔

شہادت شاذ و نادر ہی یکساں قیمت کی ہوتی ہے۔ اس کی مثال ایک زنجیر کی سی ہے۔ جس کی کچھ کڑیاں مضبوط ہوں اور کچھ کمزور۔ ممتحن خاص کا مدعا مضبوط کڑیوں کو وضاحت کی روشنی میں لانا اور کمزور کو تاریکی میں رکھنا ہے۔ جرح کنندہ اس عمل کو الٹ دیتا ہے۔ یعنی مضبوط کڑیوں کو پس منظر رکھکر کمزور کڑیوں کی ناقابلِ اعتباری پورے طور پر واضح کرتا ہے۔ اس کی کامیابی کے تناسب سے شہادت کی قوت (force) گھٹ جاتی ہے۔

جرح کے بعد گواہ کی جانب کا کونسل اس کا مکرر امتحان (re-examination) کر سکتا ہے۔ مکرر امتحان کا مقصد شہادت کے اس حصہ کی تصحیح کرنا ہے۔ جو جرح سے بگڑ گیا ہے۔ اور مشکوک نقاط کی توضیح کرتا ہے۔ دوران جرح میں جو جوابات گواہ نے دیے تھے ان میں جو غیر مبہم یا غیر قطعی تھے ان کا ایک مشاہد کونسل نے ضرور خیال رکھا ہوگا۔ اور وہ ایسے سوالات کرے گا جس سے گواہ اپنا مطلب پورے طور پر سمجھانے پر قادر ہو۔ امتحان مکرر میں کونسل جج کی اجازت کے بغیر کوئی نیا موضوع نہیں پیش کر سکتا۔ اور اجازت ملنے کی صورت میں اس نئے موضوع پر ضمنی جرح ہو سکتی ہے۔

جج اور ارکان جیوری کو گواہوں پر سوالات کرنے کا اختیار ہوتا ہے دیگر بالائی عدالتوں کی کارروائی بھی اسی انداز سے انجام دی جاتی ہے جو اوپر بیان کیا گیا ہے۔

6

باب ۲

شہادت طبّی: زبانی اور دستاویزی

شہادت دو قسم کی ہو سکتی ہے۔ (۱) شہادت واقعات کے متعلق جو گواہ کے مشاہدہ میں آئے ہوں (۲) شہادت واقعات کی تاویل کے متعلق جو گواہ

کے ایک مخصوص مضمون کا علم رکھنے پر مبنی ہوتی ہے۔ قسم اول کے گواہ معمولی (common) اور قسم دوم کے گواہ ماہر (expert) کہلاتے ہیں۔ بعض اوقات فنی (skilled) گواہ کی اصطلاح ملتی ہے۔ اس کا اطلاق ایسے گواہ تک محدود رکھنا انسب ہے جو زیر تحقیقات مضمون کا خاص علم رکھتا ہو مثلاً طبیب یا انجینیر خواہ وہ معمولی شہادت دے رہا ہو یا ماہرانہ شہادت۔

معمولی گواہ یعنی واقعات کا گواہ طبیب اس وقت ایک معمولی گواہ کی حیثیت اختیار کرتا ہے، جب وہ کسی زخمی شخص کی حالت کے متعلق شہادت دے جس کا اس نے امتحان کیا ہو ایسی صورت میں اس کا فرض یہ ہے کہ زخموں کی نوعیت۔ مریض کی عمومی حالت اور دیگر حالات بیان کرے جو اس نے امتحان کرتے وقت مشاہدہ کئے ہیں۔ اگر معمولی گواہ کو قانونی طور پر طلب کیا جائے تو وہ شہادت دینے پر مجبور ہوتا ہے۔

ماہر گواہ جب محض ایک ماہر کی حیثیت سے شہادت دیتا ہے، تو اس وقت اس کی حیثیت واقعات کی تاویل کرنے والے کی ہوتی ہے جس کو ان واقعات کا کوئی ذاتی علم نہ ہو عام طور پر طبی گواہ معمولی اور ماہر گواہ دونوں کی حیثیت رکھتا ہے۔ اس صورت میں اس کی ماہرانہ (expert) یا فنی (skilled) رائے ان واقعات پر مبنی ہوتی ہے جن کا اس نے بذات خود مشاہدہ کیا ہو۔ عام گواہ کے فرائض کے متعلق اوپر جو مثال دی گئی ہے اس کا سلسلہ جاری رکھنا چاہئے۔ زخمی شخص کی اصلی حالت بیان کرنے کے بعد اس سے پوچھا جا سکتا ہے کہ آیا زخم اس نوعیت کا تھا کہ زندگی کے لئے خطرناک ہوتا۔ اس سوال کا جواب دیتے وقت گواہ اب واقعات کے متعلق شہادت نہیں دے رہا بلکہ وہ ایک ماہر کی حیثیت اختیار کر لیتا ہے اور اس طرح معمولی اور ماہر گواہ دونوں کے فرائض بہ یک وقت انجام دیتا ہے۔ قبل اس کے کہ گواہ خالص ماہر شہادت دے یعنی ایسے واقعات پر مبنی شہادت، جن کا وہ ذاتی علم نہیں رکھتا، یہ ضروری ہے کہ وہ ان واقعات کو جن کے متعلق اس کو اظہار رائے کرنا ہے، عدالت کے سامنے حلفیہ بیان ہوتا سنے۔

ماہر گواہ کے فرائض کا تعین کرنا ایسا آسان نہیں ہے جیسا کہ معمولی گواہ کے فرائض کا تعین کرنا۔ قیاس یہ ہے کہ اگر کسی ماہر کو ایک خاص مقدمے کے واقعات کے متعلق ذاتی واقفیت نہیں ہے تو اس کا علم اس کی ملکیت ہے۔ لہذا اس کو اپنی مرضی کے خلاف اپنا علم دوسروں پر ظاہر کرنے پر مجبور نہیں کیا جا سکتا۔ یہ نقطۂ نظر ایک سے زیادہ ججوں نے اختیار کیا ہے۔ لارڈ کیمبل (Lord Campbell) نے یہ قرار دیا ہے کہ سائنٹفک گواہ سب پینا (subpœna) کی تعمیل ہونے پر حاضری پر مجبور نہیں ہے اور جسٹس مال (Justice Maule) نے بھی یہ قرار دیا ہے کہ ماہر گواہ کو عدالت قانونی میں شہادت پیش کرنے کی کوئی مجبوری نہیں ہے۔ ماہروں کے لئے یہ امر افسوسناک ہے کہ جس اختلاف رائے کے طعنہ سے وہ ضرب المثل میں خود مطعون کئے جاتے ہیں، وہی اختلاف رائے جوڈیشل بنچ (judicial bench) میں بھی پایا جاتا ہے۔ دیگر ججوں نے یہ قرار دیا ہے کہ جب سب پینا (subpœna) کی باضابطہ تعمیل ہوئی ہو تو اس سے دانستہ بے پروائی کرنا توہین عدالت کے مترادف ہے۔ ان فیصلوں کے ایسا متضاد ہوتے ہوئے یہ امر دریافت کرنا مشکل ہے کہ اس موضوع پر قانون حقیقت میں کیا ہے۔ اگر کوئی ماہر مقدمہ کے متعلق ذاتی واقفیت نہ رکھتا ہو تو وہ غالباً اپنے کو توہین عدالت کی پاداش میں سزائے جرمانہ کا مستوجب بنائے بغیر سب پینا (subpœna) سے بے پروائی برت سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اس سے اپنے آپ کو ہرجانہ کی نالش کا مستوجب بنا دے۔ اگرچہ ایسی نالش جہاں تک ایک فیصلہ حاصل کرنے کا تعلق ہے بیکار ثابت ہو گی۔ لیکن مستغیث کو اس کی صفائی پیش کرنے میں بہت تکلیف اور کچھ مالی نقصان بھی اٹھانا پڑتا ہے۔ نتائج کی بے اعتباری کا لحاظ رکھتے ہوئے محفوظ ترین راہ یہ ہے۔ کہ احتجاج کے ساتھ سب پینا (subpœna) کی اطاعت کی جائے۔

اگر گواہ واقعات کے متعلق پہلے سے ذاتی واقفیت رکھتا ہو تو وہ ماہر کی حیثیت (status) سے کوئی امکانی فائدہ نہیں اٹھا سکتا۔ جب گواہ کی یہ حیثیت ہو تو اس کے فرائض کیا ہیں اس کے متعلق کوئی شبہ نہیں۔ اسے ایک معمولی گواہ

کی حیثیت سے سب پینا کی اطاعت کرنا پڑتی ہے ۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ وہ شہادت
جو وہ دینے والا ہے ماہرانہ نوعیت کی ہو ۔

فنی راز۔طبی فن کا یہ ایک موقر اصول ہے کہ جو پوشیدہ امور مریض
اپنے طبی مشیر کے سامنے بیان کرتا ہے ۔ وہ ناقابل افشاء راز سمجھے جاتے ہیں۔
لیکن قانونی عدالت میں اس ناقابلیت افشاء کو مسترد کر دیا جاتا ہے ۔ اگر کسی
مریض کے علاج کی اثنا میں کوئی راز طبی گواہ کے علم میں آیا ہو اور اس کے متعلق
اسے پوچھا جائے تو جج کے حکم کے ماتحت وہ ان کے بتانے پر مجبور ہے ۔ اپنے
مطب کے رازوں کو طشت از بام کرنا اس کے احساسات کے کتنا ہی مخالف
کیوں نہ ہو سوائے بتا دینے کے اس کے لئے کوئی چارہ کار نہیں۔ وہ گواہ کے
کٹہرہ میں کھڑا ہو کر ایسے سوالات کا جواب دینے سے انکار کر دے
کہ جس سے کوئی راز فاش ہوتا جو راز کہ دراصل مریض کی ملکیت ہے کیونکہ یہ طبیب
پر کامل اعتماد اور قطعی رازداری کے یقین کے ساتھ ظاہر کیا گیا تھا) جج کا حکم نہ ماننے
تو اپنے آپ کو توہین عدالت کی پاداش میں مستوجب سزا بناتا ہے ۔ یہ بات
بھی خیال میں آسکتی ہے کہ طبیب کو اخفا کا فرض اس قدر محسوس ہو کہ وہ ایسے
سوال کا جواب دینے سے جس میں اس کے مریض کی اعتبار شکنی لازم آتی ہو انکار
کرنے پر مجبور ہو جائے ۔ لیکن بغیر اپنے فرض کا ایسا گہرا احساس ہوئے اسے
ایسا اقدام ہرگز نہ کرنا چاہیے ایک اچھا شہری قانون کی اطاعت کرتا ہے۔
خواہ ایسا کرنے میں اس کے لئے وجہ تامل ہی کیوں نہ موجود ہو۔ لہذا بغیر
دقیق معائنہ ضمیر (searching self-inquiry) کئے گواہ کو یہ نہ کرنا چاہیئے
کہ وہ حکام کے خلاف مرضی اپنی ذاتی رائے کو ترجیح دے ۔ نیز اس یقین پر
بھی احساس فرض کا دھوکا نہ کھانا چاہیئے جو دراصل ضد کا نتیجہ ہوتا ہے۔
اکثر صورتوں میں غالباً یہ امر اس کے احساس فرض کے ہم آہنگ ہی ہوگا کہ
گواہ سوال کا جواب دینے کے خلاف صدائے احتجاج بلند کرے اور پھر
ضروریات قانون کے آگے سر تسلیم خم کر دے ۔

گواہ کے کٹہرہ میں فنی رازداری کے سوال کے متعلق جسٹس میکارڈی (Justice

(M'Cardie) نے ایک مقدمہ میں جو اس کے روبرو جنوری ۱۹۲۰ء میں مسموع ہوا۔ ایک دلچسپ فیصلہ دیا ہے۔ اس مقدمہ میں ایک زوجہ جس نے طلاق کے لئے درخواست دی تھی زہروی مرض کی منتقلی کے ظلم کی شکایت کی اور جس طبیب نے اس کا علاج کیا تھا اس بات کے ثبوت کے لئے کہ وہ آتشک میں مبتلا رہ چکی ہے اس طبیب کو طلب کیا۔ درخواست کنندہ کا علاج پبلک دواخانہ امراض زہروی (Public Venereal Diseases Clinic) میں کیا گیا تھا۔ اور قانون حفظان صحت متعلقہ امراض زہروی ۱۹۱۶ء (Public Health Veneral Diseases Regulations, 1916) کی آرٹیکل ۲(۲) میں یہ درج ہے کہ اس آرٹیکل کی متابعت میں منظور شدہ اسکیم (scheme) کے ماتحت اگر کسی شخص کا معالجہ کیا جائے تو اس شخص کے متعلق جو بھی معلومات حاصل ہوں گی اس کو راز تصور کرنا چاہئے۔ طبیب نے اس ریگولیشن کے مدنظر شہادت دینے سے عذر پیش کیا۔ بایں ہمہ جج نے فیصلہ دے دیا کہ شہادت دیا جانا ضروری ہے۔ شہادت دیتے وقت گواہ کو اجازت ہے کہ وہ کسی ایسی یادداشت کو دیکھ کر جو اس نے ان واقعات یا کارروائی کی جس کی وہ تصدیق کر رہا ہو۔ اثنا میں یا ان کے فوراً بعد تیار کی ہو۔ اپنے حافظہ کو تازہ کرتا رہے۔ لیکن یہ ضروری ہے کہ یہ یادداشت اس نے بذات خود لکھی ہو۔ اور یہ اصل نسخہ ہو۔ یہ ہرگز نہ ہو کہ اصل یادداشت کی ایک نقل بنا کر گواہی کے کٹہرہ میں اس نقل کو استعمال کرے۔ اور اگر وہ ایسا کرتا ہی ہے تو اسے چاہئے کہ وہ اپنے پاس اس کا مسودہ بھی رکھے۔ تاکہ نقل کا اس کے ساتھ مقابلہ کیا جا سکے۔ یہ ضروری ہے کہ یہ دونوں ایک دوسرے سے حرف بحرف ملتی ہوں۔ اصل یادداشت کو استعمال کرنا زیادہ بہتر ہے۔ کیونکہ اس سے تشریح اور مباحثہ سے چھوٹ جاتا ہے۔ گواہی کے کٹہرہ میں یادداشت استعمال کرتے وقت گواہ کو بس اسی قدر اجازت ہے کہ وہ اعداد، تاریخوں، مقامات اور اشخاص کے ناموں کا حافظہ تازہ کرنے کے لئے یادداشت پر وقتاً فوقتاً ایک نظر ڈال لیا کرے۔ وہ یادداشت کو مسلسل فقروں کی صورت

لہ Brit. Med. Journ., Jan. 17th and Jan. 24th, 1920.

8 میں نہیں پڑھ سکتا۔ قانون کا مدعا یہ ہے کہ جو شہادت گواہ عدالت میں پیش کرے وہ زبانی ہو نہ کہ دستاویزی۔

اثناء مقدمہ میں بالعموم ایسا ہوتا ہے کہ کونسل قانون طب کی کسی نصابی کتاب سے یا کسی دیگر کتاب سے جس کا مضمون زیر بحث سوال سے مناسبت رکھتا ہے، عبارت پڑھتا ہے۔ اگر گواہ کو اس عبارت سے اختلاف ہو تو مناسب ہے کہ اس کتاب پر وہ خود نظر ڈالنے کی اجازت مانگے ممکن ہے کہ سیاق و سباق کے پڑھنے سے اُسے معلوم ہو جائے یہ کہ اختلاف محض ظاہری ہے۔ بہر حال گواہ کے لئے یہ مناسب ہے کہ وہ ایسے حوالے کے قبول کرنے یا اس سے انکار کرنے سے قبل جس کا مطلب وہ پوری طرح نہ سمجھتا ہو وہ اس عبارت کو بذات خود پڑھ لے۔ نیز اس کو چاہیئے کہ تاریخ اشاعت پر بھی نگاہ ڈالے۔ اگر اس کتاب کا مصنف زندہ ہے۔ تو اس کا حوالہ نہیں دیا جاسکتا۔ یہ اعتراض اس اصول پر مبنی ہے۔ کہ شہادت زبانی دی جانی چاہیئے اور گواہی کے کٹہرے میں حلفیہ دی جانی چاہیئے۔ تاکہ شہادت دینے والے پر جرح کی جاسکے۔ اگر مصنف مر چکا ہے تو اس صورت چونکہ ایسا کرنا ناممکن ہے اس لیے اس کی تصنیفات قابل قبول ہیں۔ نیز جب تک اسے اس امر کے لئے کہا نہ جائے۔ اُس کو اپنی رائے کی تائید میں کسی سند کا حوالہ دینے کی ضرورت نہیں ہے کیوں کہ جس رائے کا وہ اظہار کرتا ہے وہ اس کے اپنے تجربہ اور علم کا نتیجہ سمجھی جاتی ہے۔

طبی اور ماہر (expert) گواہوں کو جس مقدمہ کے متعلق گواہی دینا ہوتی ہے۔ ان کو اس کی سماعت کے دوران میں عدالت میں موجود رہنے کی اجازت ہوتی ہے۔ بسا اوقات ایک ماہر کے لیے واقعات کے گواہوں کی دی ہوئی شہادت سے آگاہ ہونا بالکل ضروری ہوتا ہے۔ کیونکہ جو رائے وہ قائم کرتا ہے، اسی شہادت کی بنا پر قائم کی جاتی ہے۔ واقعات کے گواہ کو شہادت دیتے ہوئے سننے کی بجائے اگر صرف اتنا ہی کیا جائے کہ دی ہوئی شہادت کی نقل ماہر گواہ کے سامنے پڑھ دی جائے، تو ممکن ہے کہ ماہر گواہ اس کی تاویل کرنے میں غلطی کا ارتکاب کرے۔ نیز اگر کسی واقعہ کی شہادت میں کوئی خاص تفصیل مفقود ہو جس کی وضاحت

کرنا صحیح نتیجہ پر پہنچنے کے لئے ضروری ہو، تو ماہر گواہ کو عدالت میں موجود رہنے کی صورت میں اپنے کونسل سے مشورہ کرنے کا موقع حاصل رہتا ہے اور وہ سوالات پوچھ کر مشکوک نقطہ حل کر سکتا ہے۔

قانونی عدالتوں میں گواہی دینے کے متعلق چند الفاظ کہنا نا تجربہ کار طبی گواہوں کو مدد دے گا، اور اہم ترین نکتوں میں سے ایک نکتہ جو یاد رکھنے کے قابل ہے یہ ہے کہ گو طبی گواہ کا واسطہ بہت حد تک فنی معاملات سے ہوتا ہے، تاہم وہ ایسے سامعین سے مخاطب ہوتا ہے، جنہیں فنی اصطلاحات سے نابلد سمجھنا چاہیئے۔ اور جج اور وکیل بھی اگرچہ وہ اعلیٰ درجہ کے تعلیم یافتہ اور فہیم و فریس اشخاص ہوتے ہیں، لیکن وہ ان فنی اصطلاحات میں جن کے ذریعہ طبیب لوگ تشریحی اور امراضیاتی تفاصیل بیان کرنے کے عادی ہیں بہت بڑی حد تک دسترس نہیں رکھتے۔ اگر کوئی طبی گواہ صرف وکیلوں کو کسی قانونی نکتہ پر بحث کرتے ہوئے ہی سن لے تو وہ اس دقت کو جو اصطلاحی الفاظ اور محاورات کے استعمال سے کسی دیگر فن کے اراکین کو پیش آتی ہے سمجھ سکے گا۔ پھر اگر یہ الفاظ میں ادا کی ہوئی شہادت کو سمجھنا ایک جج یا وکیل کے لئے بھی دشوار ہے تو جیوری کے ارکان جو تعلیم اور فہم کے لحاظ سے معمولی درجہ کے شخص ہوتے ہیں، کیونکر سمجھ سکیں گے۔ تضرر کا ایسا بیان جس کا طبی مجلس کے سامنے دیا جانا بالکل موزوں ہو، ممکن ہے کہ اس کا گواہی کے کٹہرہ میں پیش کرنا اتنا ہی غیر موزوں ہو۔ اصطلاحات سے احتراز کے لئے بہت تشریح کی ضرورت ہے کیونکہ یہی مجمل ترین الفاظ ہوتے ہیں جن میں مقرر اپنے خیالات ادا کر سکتا ہے۔ ظاہر ہے کہ بہ نسبت یہ کہنے کے کہ "وہ جھلی جو آنتوں کو ڈھانکتی ہے" "باریطون" کہنا زیادہ آسان ہے اور جیوری کے کٹہرے میں بیٹھنے والوں کے لئے اوّل الذکر جملہ کا کچھ مطلب ہے اور موخر الذکر کا کچھ مطلب نہیں۔ بخلاف اس کے اس امر کی سخت احتیاط کرنا چاہیئے کہ سادہ زبان کے استعمال سے کہیں غلط فہمی نہ پیدا ہو۔ ایک حقیقی مقدمہ جس میں فیصلہ کا انحصار اس امر پر موقوف تھا کہ آیا آنت کا سوراخ لات کی ٹھوکر سے پیدا ہوا ہے یا التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis)

سے طبی گواہ نے "آنت کا استر بنانے والی غشاء" کا ذکر کیا، جس سے کونسل نے یہ سمجھا کہ گواہ کی مراد غشاء مخاطی سے ہے اور غلطی دریافت ہونے تک الجھن رہی۔ اگر ابہام کا خفیف ترین بھی امکان ہو تو بہترین طریقہ یہ ہے کہ پہلے فنی اصطلاح استعمال کر کے بعد میں اسکی تشریح کر دی جائے۔ مثلاً "باریطون یعنی وہ جھلی جو آنت کی بیرونی سطح کا استر ہوتی ہے"۔

اصطلاحات کے احتراز سے دوسرے درجے پر جس شئے کی اہمیت ہے، وہ اسمائے تفضیل ومبالغہ سے اجتناب ہے۔ تمام کی تمام شہادت ٹھیک ٹھیک دینا چاہیئے اور تماشائی اثر پیدا کرنے کی کوشش نہ کرنا چاہیئے مطمح نظر ایسا انداز بیان ہونا چاہیئے جو "حقیقت حال" کا اظہار کرے، ہر شئے اور ہر کیفیت کا بیان سادہ ترین الفاظ میں ہونا چاہیئے بشرطیکہ صراحت کا لحاظ رہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے اکثر سوالات کے جواب کی ضرورت محض اثبات یا نفی میں ہوتی ہے۔ اگر اس طرح کے سوالات کا ایک طویل سلسلہ پوچھا جائے تو اکثر اوقات گواہ میں ایک دو متوالی سوالات کی پیش بینی کر لینے کا میلان پایا جاتا ہے، جو اس کے خیال میں آنے والے سوالات ہوتے ہیں۔ لیکن اس پر اس کو وکیل سخت ملامت کا نشانہ بناتا ہے کیونکہ وہ پیشتر ہی سے اپنے سوالات کو ترتیب دیے ہوئے ہوتا ہے اور ان سوالات کو ترتیب وار اپنے مخصوص پیرایہ میں کرنا چاہتا ہے۔

جب گواہ کو کسی سوال کے جواب کے متعلق شک ہو تو مشکل سے بچاؤ کی خاطر مبہم سا جواب دینے کی نسبت اس کے لئے یہ زیادہ بہتر ہے کہ صاف صاف اپنی عدم واقفیت کا اظہار کر دے اور اگر وکیل کسی سوال کے جواب میں ہاں یا نہ کہلوانے پر اصرار کرے اور گواہ کو یہ محسوس ہوتا ہو کہ اس سوال کا جواب اسی انداز پر دینا مصلحتاً ناممکن ہے تو اسے اپنا جواب مشروط کرنے کی اجازت مانگنا چاہیئے۔ لیکن اسے ایسی التجا کرنے سے ہمیشہ پرہیز کرنا چاہیئے، سوائے اس صورت کے کہ اسے اپنی حلف کی جو اس نے بالکل سچ کہنے کے متعلق اٹھائی ہے، ذمہ داری کی خلاف ورزی ہو جانے کا اندیشہ پیدا ہو جائے۔ گواہ کسی ایسے سوال کا جواب دینے کے لئے مجبور نہیں ہے

جو اس کو پھنسا دے۔

تمام جوابات اتنی کافی قابل شنید آواز میں بولنے چاہیں کہ جج اور جیوری کے کانوں تک پہنچ سکیں اور اس قدر آہستہ آہستہ بولنے چاہئیں کہ اول الذکر ان کو قلمبند کر سکے۔ گواہ کو ایسا کم گوئی کا یا گستاخانہ رویہ نہ اختیار کرنا چاہیئے کہ گویا وہ احتجاج کے ساتھ گواہی دے رہا ہے۔ واقعات کے متعلق سوالات کا فی الفور جواب دینا چاہیئے۔ لیکن جو سوالات ناویل سے متعلق ہوں ان میں احتیاط کی ضرورت ہے۔ ایسے سوال کے جواب میں جو بظاہر بے پروائی سے کیا جائے لیکن اس کے اندر نصف جواب پہلے ہی مفروض ہو ہاں کہنے میں بہت جلد بازی نہ کرنی چاہیئے اور اگر کسی سوال کے جواب میں کسی قدر امتیاز کی ضرورت ہے تو اس پر احتیاط سے جواب دینا اتنا ہی قرین مصلحت ہے جتنا کہ گواہ کے مشاہدہ کردہ واقعہ کے متعلق سوال پر کھلا اور صاف صاف جواب دینا۔

دستاویزی شہادت

دستاویزی شہادت میں بیان وقت الموت اور طبی قانونی روئداد شامل ہیں۔

بیان وقت الموت ایسے شخص کی دی ہوئی شہادت کا رکاڈ ہے جو ایک یا زیادہ اشخاص کے ہاتھوں تضرر پہنچنے یا زہر کھانے کے باعث قریب الموت ہو یا باور کرے کہ میں قریب الموت ہوں۔ بیان وقت الموت کے جائز ہونے (validity) کے لئے یہ لازمی شرط ہے کہ بیان دہندہ کو یقین واثق ہو جائے کہ میں قریب الموت ہوں اور نیز یہ بھی ضروری ہے کہ اس یقین کا تحریری بیان میں صاف صاف ذکر ہو چونکہ بیان دہندہ خود تحریر کرنے سے عاجز ہوتا ہے، اس کا بیان کسی دوسرے شخص کو لینا پڑتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ فرض طبیب پر آپڑے۔ اگر مریض کی حالت نازک ہونے کے باوجود تھوڑی سی مہلت حاصل ہو جائے تو پولیس کو اطلاع دینا چاہیئے اس کا

فرض ہے کہ مجسٹریٹ کی موجودگی کا اہتمام کرے تاکہ وہ بیان کو قلمبند کرے۔
اس صورت میں طبیب کو بس اتنا ہی کرنا ہوتا ہے کہ بشرط ضرورت بیان دہندہ
کی بیان دینے کی دماغی قابلیت کے متعلق فیصلہ دے۔ اگر مرنے والے کی حالت
ایسی ہو کہ مجسٹریٹ کی موجودگی حاصل کرنے کے لئے کوئی وقت نہ ہو تو
طبیب کو یہ بیان بذات خود قلمبند کرنا چاہئیے اور ایسا کرتے وقت ذیل کے
قواعد ملحوظ رکھنے چاہئیں:۔ اگر ممکن ہو تو بطور گواہ کے ایک یا زیادہ فہمیدہ
اشخاص کی موجودگی حاصل کی جائے۔ یہ امر لازمی تو نہیں ہے لیکن اگر اہم معاملات
تصفیہ طلب ہوں تو یہ نامناسب ہے کہ کوئی بھی احتیاط جو امکانی طور پر کیجا سکتی
ہے فروگذاشت کی جائے۔ اس کے بعد طبیب کو اپنا اطمینان کرنا چاہئیے کہ
آیا اظہار کنندہ اپنے قریب الموت ہونے کا یقین رکھتا ہے اور بیان وقت الموت
کو بھی اسی مطلب کی عبارت کے ساتھ شروع کرنا چاہئیے۔ لیکن یہ بیان غیر مشروط
ہونا چاہئیے۔ ایک موقعہ پر صرف دو لفظوں کا اضافہ بیان وقت الموت کو ناجائز
کردینے کے لئے کافی ثابت ہوا:۔ "ابھی تک مجھ کو صحت کی کوئی امید نہیں"۔
چونکہ پہلے دو الفاظ سے قرب موت کا تیقن زائل ہو گیا اس لئے سماعت مقدمہ
پر یہ بیان مسترد کردیا گیا۔ عین الفاظ جو مرنے والے نے بولے ہوں درج ہونے چاہیں اور
سوائے ایسے سوالات کے جو ارتفاع ابہام کے لئے کرنے ضروری ہوں اور
سوالات بالکل نہ پوچھنے چاہئیں؛ اور یہ بیان صرف اس واقعہ کے اظہار تک
محدود رکھنا چاہئیے جو تضرر پہنچنے کے وقت بیان دہندہ کو پیش آیا ہو کیونکہ
اس کے اپنے افعال غیر متعلق ہیں۔ جب بیان مکمل ہو جائے تو اسے بیان دہندہ
کے روبرو پڑھ دینا چاہئیے اور ممکن ہو تو اس کو اس پر اپنے دستخط ثبت
کرنے چاہئیں۔ بہرحال جو گواہ حاضر ہیں ان کو اور خود بیان کے تحریر کنندہ کو تو
دستخط کرنے چاہئیں۔

بعض صورتوں میں موت اس قدر جلد واقع ہوتی ہے کہ طبیب
کے لئے بھی یہ ناممکن ہو جاتا ہے کہ وہ مرنے والے کے الفاظ مرنے سے قبل
قلمبند کرلے۔ ایسی صورتوں میں طبیب کا فرض یہ ہے کہ مریض جو کچھ خود

بجو وبو ے اس کی طرف خیال رکھے اور اولیں فرصت ملتے ہی صحیح الفاظ قلمبند کرکے ان پر اپنے دستخط ثبت کر دے۔ اگر الفاظ کی ادائیگی کے وقت دیگر افراد بھی موجود ہوں تو یہ بیان ان کو سنا کر ان کے دستخط بھی حاصل کرنے چاہیں۔

جو اشخاص مجرمانہ طور پر زخمی کئے گئے ہوں اور ان کی موت کا خطرہ ہو تو ان اشخاص کا علاج کرنیوالے طبیب پر معتد بہ ذمہ داری عائد ہوتی ہے اسے چاہئے کہ پولیس کو اطلاع پہنچانے میں ذرا بھی وقت ضائع نہ کرے، کیونکہ موت کے غیر متوقع طور پر جلد واقع ہو جانے کے علاوہ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض پر ہذیان یا بیہوشی طاری ہو جائے۔

اگر بیان دہندہ شخص صحتیاب ہو جائے، تو اس دستاویز کا قانونی نفاذ عمل ختم ہو جاتا ہے۔ قانون صرف حلفیہ شہادت کی اجازت دیتا ہے لیکن قریب الموت شخص کی صورت ایک استثنائی صورت تصور کی جاتی ہے۔ یہ باور کیا جاتا ہے کہ اگر کسی شخص کو اپنے قریب الموت ہونے کا یقین ہو جائے تو اس کو سچ سچ کہنے کے فرض کا ایسا ہی احساس ہو گا گویا وہ گواہی کے کٹہرہ میں موجود ہے اور حلف اٹھا چکا ہے۔ اگر بیان وقت الموت دینے کے بعد بیان دہندہ صحتیاب ہو جائے تو قانونی اعتبار سے وہ اپنی معمولی حیثیت پر لوٹ آتا ہے اور اس کو اپنی شہادت عدالت کے سامنے معمولی طریق پر دینا پڑے گی۔ دیوانی مقدمات میں بیان وقت الموت ناقابل ادخال ہے۔

طبی قانونی روئدادیں فوجداری مقدمات میں انگلستان کی نسبت سکاٹلینڈ میں زیادہ استعمال ہوتی ہیں۔ طبی روئداد دو حصوں میں منقسم ہو سکتی ہے (۱) وہ جو کہ مریض کے امتحان کا نتیجہ ہے۔ بالفاظ دیگر وہ واقعات جن کا مشاہدہ کیا گیا ہو (۲) وہ نتائج جو ان واقعات پر غور کرنے سے مستنبط کئے جائیں۔

ایک باقاعدہ روئداد میں یہ سخت ضروری ہے کہ اس تقسیم کی سختی سے پابندی کی جائے۔ استنباطی حصہ شروع کرنے سے قبل تمام واقعات درج ہو جانے چاہئیں۔ کلی عدم صحت کو چھوڑ کر کوئی امر طبی رپورٹ کو اتنا بگاڑنے والا نہیں جتنا کہ واقعات اور نتائج کو گڈمڈ کر دینا۔ سب سے پہلے واقعات بیان ہونے چاہئیں

اور بعدہٗ جو نتائج ان سے اخذ کئے گئے ہوں وہ۔ جن حکام کے لئے طبی روئداد تیار کی جاتی ہے شائد وہ مقدمہ کے متعلق کچھ بھی نہ جانتے ہوں اور ان کے لئے ضروری ہے کہ وہ تمام واقعات سے باخبر ہوں پیشتر اس کے کہ ان سے مستنبط کئے ہوئے نتائج کی اہمیت کا اندازہ کر سکیں۔

زندہ شخص میں جن واقعات کے مشاہدہ کی ضرورت ہے وہ ان واقعات تک محدود ہیں جو طبی مشاہدہ کے دائرہ میں آتے ہیں۔ایک عمدہ روئداد میں تمام امور شامل ہوتے ہیں جو ضروری ہیں۔اس کے علاوہ وہ خارجی معاملات سے پاک ہوتی ہے۔ روئداد میں ہرگز ایسا امر داخل نہیں کرنا چاہیئے جو رپورٹر (reporter) کے ذاتی مشاہدہ میں نہ آیا ہو۔ اور بالواسطہ اور سماعی شہادت رپورٹ میں بھی ویسی ہی بے محل ہے جتنی کہ گواہی کے کٹہرہ میں۔ قرأت کی غلطی سے بچنے کے لئے تمام تاریخیں پوری پوری لکھنی چاہیں اور تمام تفصیلات جو مقدمہ سے کچھ بھی امکانی براہ راست تعلق رکھتی ہوں درج کر دینی چاہئیں کیونکہ اس بات کی پیش بینی کرنا ناممکن ہے کہ بعد میں کون کون سے سوالات پیدا ہو جائیں گے۔ اگر رپورٹ کسی لاش کے متعلق ہے تو لاش اور اس کے ماحول کے متعلق جو جو امور ہیں وہ سب باحتیاط لکھ دینے چاہئیں۔ اور جب امتحان لاش (autopsy) کی تکمیل ہو جائے اور تمام قابلِ دریافت امور معلوم ہو جائیں تو اسی وقت رپورٹ کا استنباطی حصہ شروع کرنا چاہیئے۔

اگر روئداد زندہ شخص سے متعلق ہو تو نہایت غور سے واقعات کا مطالعہ کرنا چاہیے کہ یہ نتیجہ نکال سکیں کہ تضرر کس طریق سے پہنچایا گیا ہے اور متضررہ اعضا کی اصل حالت کے ساتھ مجروح کے بیانات کہاں تک مطابقت کرتے ہیں، اور اگر یہ روئداد لاش سے متعلق ہو، تو پھر یہ سوالات پیش نظر ہونے چاہئیں، موت کس سبب سے واقع ہوئی؟ کیا تضررات لگنے کے فوراً بعد واقع ہوئی؟ اگر نہیں تو کتنا وقفہ گزر چکا تھا؟ کیا ضربات اس نوعیت کی تھیں کہ لگنے کے بعد متوفی کو حرکت کے ناقابل بنا دیں؟ مزید براں وہ دیگر مشاہدات بھی کرنے چاہیں جن کی طرف اس وقت توجہ مبذول کرائی جائے گی، جب طبی و قانونی اغراض کی خاطر

11

امتحان بعد الموت انجام دینے کے طریقے کا ذکر ہو گا۔
زبانی شہادت کے متعلق، جو مشورہ دیا جا چکا ہے وہ دستاویزی شہادت پر بھی مساوی طور پر اطلاق پذیر ہے۔ جن الفاظ میں روئداد مرتب کی جائے وہ اصطلاحات اور مبالغہ آمیز کلام سے پاک ہونے چاہیں۔ روئداد حد سے زیادہ طویل نہ ہونی چاہیے۔ زبانی شہادت دیتے وقت توجہ اور وکیل اس امر کا خیال رکھتے ہیں کہ کہیں اس پہلو میں غلطی کا ارتکاب ہرگز نہ ہو۔ لیکن روئداد لکھتے وقت گواہ کو غیر محدود آزادی ہوتی ہے۔ اور وہ بعض اوقات لفاظی کی طرف مایل ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ روئداد کو منزل مقصود کو بھیج دینے سے تحریر کنندہ کا کام ختم نہیں ہو جاتا۔ اس کی نقلیں وکیل کے ہاتھوں میں دے دی جاتی ہیں، جو ہر مبہم جملے کی توضیح پر اصرار کرتا ہے۔ روئداد جتنی طویل ہو گی۔ اتنا ہی مبہم جملوں کے موجود ہونے کا احتمال ہے، کیونکہ یہ استنباطی حصہ ہی ہوتا ہے جس میں لفاظی نمایاں ہوتی ہے۔

باب ۳

قانونی طرزِ کارروائی سکاٹلینڈ میں

سکاٹلینڈ کی قانونی کارروائیوں میں اور انگلستان کی قانونی کارروائیوں میں چند اختلاف پائے جاتے ہیں۔
تاج سرکاری پیروکاروں (public prosecutors) کا تقرر کرتا ہے جو بالائی اور ماتحت دونوں قسم کی عدالتوں میں فوجداری مقدمات کی پیروی کرتے ہیں۔ لارڈ ایڈوکیٹ (lord advocate) اور ڈپٹی ایڈوکیٹ (deputy advocate) کی تحویل میں وہ مقدمات دیے جاتے ہیں جو ہائی کورٹ آف جسٹشیری (High Court of Justiciary) کے سامنے پیش ہوتے ہیں پراکیوریٹر فسکل

(procurator fiscal) ماتحت عدالتوں میں پیروی کرتا ہے۔

فوجداری استغاثہ میں ابتدائی قدم پراکیوریٹر فسکل اٹھاتا ہے جو پولیس یا غیر سرکاری افراد کی خبر رسانی پر ایسی تحقیقات عمل میں لاتا ہے جس سے اس کا اطمینان ہو جائے کہ قانونی کارروائی کی ضرورت ہے یا نہیں۔ اگر کسی شخص پر مقدمہ کے متعلق ذرا سی بھی واقفیت رکھنے کا گمان ہو سکتا ہو تو شیرف (sheriff) کے روبرو اس سے خفیہ دریافت کی جاتی ہے یعنی قانونی اصطلاح میں اس سے استفسار پیشیں (precognised) کیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ گواہ پر دروغ گوئی کا شبہ نہ ہو، یہ امتحان با حلف نہیں لیا جاتا۔ حاصل کردہ شہادت قلمبند کی جاتی ہے اور استفسار پیشیں (precognition) کہلاتی ہے۔ ملزم اور جج دونوں کے وکلا کو گواہوں کے استفسار اول کا حق حاصل ہے۔

شیرف یا جج ابتدائی امتحان سے پہلے ہی، حاصل کردہ شہادت کی نوعیت کا لحاظ کرتے ہوئے ملزم کو یا تو رہا کر دیتا ہے یا سپرد سماعت کر دیتا ہے۔ اگر وہ سپرد سماعت کیا جائے تو استفسار اول (precognition) کراؤن کونسل (crown counsel) کے ہاں اڈنبرگ (Edinburg) ارسال کر دیا جاتا ہے۔ جن کو اختیار حاصل ہے کہ خواہ وہ کارروائی وہیں بند کر دیں خواہ ملزم کو ہائیکورٹ (high court) کے یا سرکٹ کورٹ آف جسٹشیری (circuit court of justiciary) میں سے کسی ایک کے روبرو یا شیرف یا جیوری یا بلا جیوری کے روبرو بھیج دیں۔ کورٹ آف جسٹشیری (court of justiciary) انگلستان کے کورٹ آف اسائز (court of assize) کے مماثل ہے۔ اگر مقدمہ سپرد سماعت ہو جائے تو جن گواہوں کا استفسار اول ہوا ہے ان کو یا ان میں سے جن کو کراؤن کونسل (crown counsel) منتخب کرے، ان کو طلب نامہ کے ذریعہ بطور گواہ طلب کیا جا سکتا ہے۔ تاوقتیکہ کافی وجوہ نہ پیش کئے جائیں اس طلبنامہ سے بے پروائی کی سزا ۵ پونڈ جرمانہ مع قید ہے جس سے مجرم اسی وقت رہائی پاتا ہے جب عدالت کے روبرو اظہار افسوس کرے اور شہادت دینے کے لئے حاضری کی ضمانت داخل کرے۔

12

عام گواہوں کو شہادت دینے کے موقعہ کے سوا عدالت میں ٹھہرنے کی اجازت نہیں ہے اور یہ کلیہ ان طبی گواہوں پر بھی چسپاں ہوتا ہے جو واقعات کے گواہ کی حیثیت سے بھی پیش ہوتے ہیں۔ عام طور پر ماہر گواہوں کو مخالف وکیل کی رضامندی سے عدالت میں ٹھہرنے کی اجازت دے دی جاتی ہے۔ جب ماہر گواہ شہادت دے رہا ہو تو دوسرے ماہر گواہوں کو کمرہ عدالت سے باہر نکل جانا پڑتا ہے۔ اور اگر کوئی ماہر گواہ معمولی گواہی کے شہادت دینے کے دوران میں عدالت میں موجود رہ چکا ہو تو اس کا واقعات کے گواہ کی حیثیت سے امتحان نہیں ہو سکتا۔

"قصور وار" اور "بے قصور" کے فیصلے جو انگلینڈ کی جیوری صادر کرتی ہے اسکاٹلینڈ کا قانون ان کے علاوہ ایک تیسرے فیصلہ پر بھی شامل ہے "غیر ثابت" (not proven) — "بے قصور" اور یہ دونوں فیصلے قطعی ہیں۔ اس جرم کی بنا پر ملزم پر دوبارہ مقدمہ چلایا نہیں جا سکتا۔ انگلستان کی جیوری کے لئے متفق الرائے ہونا لازمی ہے لیکن سکاٹلینڈ میں ذرا سے غلبہ آرا سے بھی فیصلہ ہو سکتا ہے۔

پراکیوریٹر فسکل (procurator fiscal) وہی فرائض انجام دیتا ہے جن کی ذمہ داری انگلستان میں کارونر پر عائد ہوتی ہے لیکن یہ کام پراکیوریٹر فسکل بغیر جیوری کے انجام دیتا ہے جب کوئی لاش برآمد ہو یا مشتبہ موت کی کوئی واردات پیش آئے تو پراکیوریٹر فسکل کو یہ اختیار ہے کہ وہ خبر ملنے پر طبیب کو اس بات کا حکم دے کہ وہ امتحان کر کے واقعہ کے متعلق روئداد ارسال کرے۔ لیکن رپورٹ کنندہ کو اپنے "روح اور ضمیر" کی قسم سے اس کی تصدیق کرنا ہوگی۔ اگر طبی ممتحن بیرونی امتحان ہی سے مطمئن ہو جائے تو وہ اندرونی امتحان کئے بغیر پراکیوریٹر فسکل کے لئے تصدیق کر سکتا ہے اور اگر مکمل امتحان درکار ہو تو پراکیوریٹر فسکل اس طبیب کو جو لاش کو پہلے دیکھ چکا ہے ایک حکمنامہ دے دیتا ہے اور عموماً کسی دیگر طبیب کو اس کا مددگار بنا دیتا ہے۔ حکمنامہ پر جج یا شیرف کے دستخط ثبت ہوتے ہیں اور اس حکمنامہ سے حکمنامہ لینے والوں کو لاش اپنی تحویل میں لینے اور جس امتحان کا قانون متقاضی ہے۔ وہ امتحان کرنے کا اختیار حاصل ہو جاتا ہے۔ مزید براں

امتحان کنندگان کو یہ بھی اختیار حاصل ہو جاتا ہے کہ اس کمرہ سے جہاں امتحان ہو رہا ہے نامناسب اشخاص کو باہر رکھیں۔ اگر متوفی کے قرابت دار اس حکم نامہ کے باوجود امتحان کرانے سے انکار کریں تو جن حکام نے حکمنامہ دیا ہے وہ اطلاع ملنے پر اس مزاحمت کو دور کرنے کی تدابیر اختیار کرتے ہیں۔ امتحان کو یقینی طور پر مکمل بنانے کی غرض سے سکاٹلینڈ کا کرون آفس (crown office) طبی ممتحنوں کے نام ایک ہدایات کا نقشہ نافذ کرتا ہے، جس میں امتحان لاش (necropsy) انجام دینے کے لئے مبسوط ہدایات درج ہوتی ہیں۔

کوئی طبیب اگر استفسار اول (precognise) ہونے کی خاطر باضابطہ طلب کیا جائے تو انکار نہیں کر سکتا، خواہ کسی خاص مقدمہ کے متعلق کچھ آگاہی رکھتا ہو یا نہ رکھتا ہو، انکار کا جواب مزید حکمنامہ ہوتا ہے اور بصورت توہین قید۔

باب ۴

13

لاش کا امتحان

طبی قانونی اغراض کے لئے بعد الموت امتحان۔ طبی قانونی امتحان لاش انجام دیتے وقت معمولی امراضیاتی تحقیقات کی ضروریات کے علاوہ کئی اور بھی اہم امور ہیں جن کے مشاہدہ کی ضرورت ہے۔

بیرونی معائنہ۔ یہ امتحان دن کی روشنی میں کرنا چاہیئے۔ کیونکہ مصنوعی روشنی میں تغیرات رنگ اکثر نظر نہیں آتے۔ اگر لاش کا اسی مقام پر معائنہ کیا جائے جہاں وہ سب سے پہلے دریافت ہوئی ہو تو ذیل کے امور کی طرف توجہ مبذول کرنا چاہیے۔ لاش ٹھیک ٹھیک کس وضع میں پڑی ہوئی ہے۔ چہرے کا رنگ اور بُشرہ (expression) کیا ہے۔ ہاتھوں کی وضع کیا ہے مٹھیاں بندھی ہوئی ہیں یا نہیں۔ اگر بندھی ہوئی ہوں تو یہ معائنہ کرنا چاہیے کہ کوئی شئے ان میں پکڑی ہوئی تو نہیں۔

ناک یا منہ سے کوئی بد بو آتی ہو تو اس کی طرف خیال کرنا چاہئیے۔ انگلیوں کا معائنہ کرنا چاہئیے کہ ان میں کوئی چیز یا زخم تو نہیں۔ لباس کی حالت کیا ہے جو اگر بے ترتیب ہو تو یہ دھینگا مشتی کی دلیل ہے۔ غلیظ یا خون آلودہ تو نہیں جس جگہ پر لاش پڑی ہوئی ہے اس کی طرف اور اس کے گرد و پیش کی زمین کی طرف توجہ مبذول کرنا چاہئیے۔ کہ اس پر کش مکش ہونے کا نشان یا کوئی ایسی شئے تو نہیں ہے جو گر گئی ہو مثلاً کپڑوں کے پرزے وغیرہ جو کچھ دریافت کیا جائے اُسے فوراً قلمبند کر لینا چاہئیے حرارت جسمی، رکود (hypostases) جمود الموتی، تعفنی تغیرات کی موجودگی یا عدم موجودگی مشاہدہ کرنا چاہئیے۔ جب لاش کا موقعہ واردات پر اچھی طرح امتحان ہو جائے۔ تو پھر اس لاش کو کسی ایسے مقام پر پہنچا دینا چاہئیے جو مزید امتحان کے لئے سہولت دہ ہو۔

اب کپڑے اتار دیے جاتے ہیں، اور اگر ان میں کوئی چیر یا تضرر آیا ہو تو اُس کی با احتیاط جسم کی اس سطح کے ساتھ جو اس چیر یا تضرر کے نیچے واقع ہو تطبیق کرنا چاہیے۔ ان نشانات کو جو کونتگیوں سے مشابہ ہوں اسفنج سے صاف کر کے اس امر کا اطمینان کر لینا چاہئیے کہ یہ گرد و غبار کسی دیگر خارجی دھبے کا نتیجہ تو نہیں ہیں۔ شناخت کرنے کی علامت کے لئے سطحی نشانات تلاش کرنے چاہئیں یعنی وحمات، مسّے، ٹیٹو (tatoo) کے نشانات، ندبات، بیرونی غیر طبعی حالتیں، انگلیوں یا جوارح کا فقدان، قدرتی دانتوں کی عدم موجودگی یا مصنوعی دانتوں کی موجودگی۔ بالوں کا رنگ، قد و قامت، وزن، صنف، سن، حالت تغذیہ، مجلسی مرتبہ اور پیشہ کے نشانات۔ عورتوں اور لڑکیوں میں یہ امور دریافت کرنے چاہئیں۔ پردۂ بکارت کی موجودگی یا عدم موجودگی۔ اعضائے تناسل میں حالیہ جبر و زیادتی کی امارات، علاوہ ازیں یہ کہ جسم کے قدرتی روزنوں میں کوئی شئے غریبہ تو موجود نہیں۔

اگر زخم ہوں تو ان کا احتیاط کے ساتھ معائنہ کرنا چاہئیے کہ ان کی لمبائی اور گہرائی کیا ہے۔ کون کون سی ساخت کٹی ہوئی یا متضرر ہے۔ کیا یہ ممکن ہے کہ وہ خود زدہ ہوں اور یہ کہ وہ کس قسم کے اوزار سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ گردن کا

معائنہ بھی کرنا چاہیئے کہ آیا اس پر گلا گھوٹنے کے نشانات ہیں۔ اگر بندوق کی گولی کا زخم ہے، تو گرد و پیش کی جلد میں ٹیٹو یا تسوید کی تلاش کرنا چاہیئے۔ ہاتھ کی تسوید کی تلاش کریں۔

اندرونی امتحان میں جسم کے تمام اعضاء اور کھفوں کا امتحان شامل ہونا چاہیئے۔ اگر ایسا نہ کیا جائے تو صفائی کا وکیل کسی ایسے اہم عضو میں مرض کی موجودگی فرض کر سکتا ہے جس کا امتحان نہ کیا گیا ہو۔ یا کسی مشکوک نکتہ کے تصفیہ کے لئے جو امتحان اول میں طے ہو جانا چاہیئے تھا دوسری مرتبہ امتحان کی ضرورت پڑ جاتی ہے۔ ایک وسطانی شگاف ٹھڈی سے لیکر ارتفاق عانہ (symphysis pubis) تک دینا چاہیئے۔ لیکن ناف کو اور اگر جسم پر زخم ہوں تو ان زخموں کو بچا کر شگاف دینا چاہیئے، اور جو شگاف جاندلی میں دیا جاتا ہے وہ ایک کان سے دوسرے کان تک قمہ کے اوپر سے لے جانا چاہیئے۔ پھر جلد کو آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف منعکس کیا جاتا ہے اور جمجمہ کو آری سے چیرا جاتا ہے۔ لیکن ہتھوڑے اور چھینی (chisel) کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیے۔ اس سے خطرہ ہے کہ جمجمہ میں کسر نہ پیدا ہو جائے یا کوئی سابق الوجود کسر اور نہ پھیل جائے۔ اگر کاٹنے والے یا آتشیں ہتھیاروں سے پیدا شدہ کوئی چھید نے والے زخم ہوں تو ان کی سمت دریافت کرنا چاہیئے۔ اور اگر یہ خود زدہ نہ ہوں تو متوفی اور حملہ آور کے اضافی مقام کے متعلق رائے قائم کرنا چاہیے۔ جب ہڈیاں، غضروف (cartilage)، درون فقری اجسام متضرر شدہ ہوں تو مناسب ہے کہ ان کو نکال کر بطور شہادت محفوظ رکھ لیا جائے۔ اعضاء میں شدید یا مزمن امراضیاتی تغیرات کی نہایت غور سے تلاش کرنا چاہیئے۔ بالخصوص اشتباہ زہر خورانی کی وارداتوں میں یا جب موت کی توجیہ کرنے والا کوئی نمایاں ضربی ضرر نہ موجود ہو۔ مہبل اور رحم کا معائنہ تازہ وضع حمل کی امارات یا میکانکی تضررات یا مہبل کے راستہ سے کاوی یا خراش آور اشیا کے ادخال سے پیدا شدہ تضررات دریافت کرنے کے لئے کرنا چاہیئے۔ اگر یہ شک کرنے کی وجہ موجود ہو کہ حبل الشوکی کو تضرر پہنچا ہے یا کسی طور پر موت کو اس سے تعلق ہے تو فقری (vertebral)

14

قنال کھو لکر جبل الشو کی کیفیت دریافت کرنا چاہیئے ۔

موت کس وقت واقع ہوئی ۔ ممکن ہے اُس سوال کی بڑی اہمیت ہو۔ لہذا معدہ کی حالت کا مشاہدہ غذا کے لحاظ سے کرنا چاہیئے ۔ مثلاً ایک عورت نے رات کے ۹ بجے سیر ہو کر کھانا کھایا اور دوسرے روز اس کی لاش پائی گئی جس کا گلا کٹا ہوا تھا ۔ ایک شخص کو جس کے متعلق یہ معلوم تھا کہ یہ متوفیہ کے مردہ پائے جانے سے پہلے کی شب کو متوفیہ سے ملا تھا ۔ شبہ پر گرفتار کر لیا گیا اس نے ملاقات کا تو اقرار کر لیا لیکن یہ بھی ثابت کر دیا کہ وہ ۱۱ بجے رات سے پہلے ہی مکان سے جا چکا تھا ۔ امتحان لاش (autopsy) پر معدہ خالی پایا گیا ۔ اور قے ہونے کی کوئی علامت نہ تھی اس سے ظاہر ہوتا تھا کہ کھانا کھانے کے بعد کم از کم دو تین گھنٹے گذر چکے ہوں گے قبل اس کے کہ موت واقع ہوئی ۔ یہ واقعہ اور وہ وقت جس پر وہ مکان سے گیا تھا اس کے موافق ایک زبردست شہادت تھی ۔ مثانہ کی حالت سے بھی کچھ سراغ مل سکتا ہے ۔ اگر متذکرہ صدر ایسی واردات میں مثانہ پیشاب سے بھرا ہوتا تو اس سے یہ نتیجہ نکل سکتا تھا کہ متوفی بستر پر جانے کے بعد کچھ دیر زندہ رہا ہوگا۔

بالغ جسم کے بڑے بڑے اعضاء کے اوسط اوزان

دماغ	مرد کا	۴۶ تا ۵۳ اونس
”	عورت کا	۴۰ تا ۴۷ ”
پھیپھڑا	مرد کا (دایاں)	۲۴ ”
”	” (بایاں)	۲۱ ”
”	عورت کا (دایاں)	۱۷ ”
”	” (بایاں)	۱۵ ”
قلب	مرد کا	۱۰½ ”
”	عورت کا	۹½ ”

معدہ		۴ ½	اونس
جگر	مرد کا	۴۸ تا ۵۸	
"	عورت کا	۴۰ تا ۵۰	"
لبلبہ		۲ ½ تا ۳ ½	"
طحال		۵ تا ۷	"
گردے (ہر ایک)		۴ ½	"
فوق الکلیات (suprarenals) (ہر ایک)		۱ تا ۲	ڈرام
رحم		۷ تا ۱۲	ڈرام

مشتبہ زہر خورانی کے واقعات چند بڑی بڑی استوانیاں کانچ کی جو کوری ہوں تو قابل ترجیح ہیں لیکن بہر صورت خوب صاف شدہ ہوں بہم پہنچانی چاہئیں۔ اگر ان میں کانچ کے ڈاٹ لگے ہوئے ہوں تو یہ اور بھی بہتر ہے۔ لیکن اگر نہ ہوں تو مثانہ (bladder) یا گٹا پرچا (gutta-percha) کی بافت لے لینی چاہیئے اور ان کو رسی کے ذریعہ استوانیوں کے منہ پر کس کر باندھ دینا چاہیئے۔ اور اگر ایک بڑی سی طشتری ہو تو یہ سہولت دہ ہوگا [عکاسوں (photographers) کی چینی کی مربع طشتری سب سے اچھی ہوگی] کہ معدہ کو کھولتے وقت اس میں رکھ لیا جاتا ہے۔

جسم کو کھولنے سے قبل منہ اور ہونٹوں کا معائنہ کرنا چاہیئے کہ ان پر کاویات سے پیدا شدہ تضررات تو نہیں ہیں اور یہ بھی تحقیق کرنا چاہیئے کہ منہ سے کوئی انوکھی بدبو تو نہیں آتی۔ شکم کی دیواروں میں اولیں شگاف دینے کے بعد ایک مرتبہ پھر کوشش کریں کہ کوئی مخصوص بو تو تمیز نہیں ہو سکتی۔ اور جو لوگ پاس کھڑے ہوں ان سے بھی اس امر کی تصدیقی شہادت حاصل کرنا چاہیئے۔ اور معدہ اور امعاء کو کھولتے وقت بھی یہی طریقۂ کار اختیار کرنا چاہیئے۔ جب کہفۂ شکم کھل جائے تو باریطون کے یا احشاء میں سے کسی ایک حشو کے اور بالخصوص معدہ کے باریطونی رخ پر التہاب کی امارات تلاش کرنی چاہئیں۔ پھر ایک بند مری (oesophagus) کے زیرین سرے پر اور ایک دوہرا بند اثنا عشری

کے آغاز پر لگایا دینا چاہئیے۔ مری کو اس بند کے اوپر کرکے اور اثنا عشری کو اس کے دونوں بندوں کے درمیان سے کاٹ کو معدہ کو نکال لینا چاہئیے۔ پھر معدہ کو متذکرہ صدر طشتری میں رکھکر اس کو خم صغیر (lesser curvature) کے ساتھ ساتھ کھولنا چاہئیے لیکن یہ خیال رکھنا چاہئیے کہ اس کے مشمولات بالکل ضائع نہ ہوں۔ ان مشمولات کو کسی استوانی میں انڈیل دینا چاہئیے اور معدہ کے اندرونی استر کا فی الفور معائنہ کرنا چاہئیے۔ پھر یہ دیکھنا چاہئیے کہ جب معدہ کو پہلے پہل کھولا جاتا ہے تو اس کا رنگ کیا ہے۔ ایک عدسہ کے ذریعہ قلموں کی بیتوں، بیریوں (berries) اور نباتات کے دیگر حصص کے ریزوں کی لون (مثلاً نیل) کے ریزوں کی جو بعض زہروں میں ملے ہوتے ہیں مثلاً سنکھیا میں اس وقت جب کہ یہ تھوڑی مقداروں میں فروخت کیا جائے اور سٹرکنیا (strychnia) میں اس وقت جب کہ یہ کرم کش کی شکل میں ہو، جستجو کرنی چاہئیے۔ جو بھی مشتبہ چیز ملے، اسے احتیاط سے جمع کرکے خوردبین کے نیچے رکھکر معائنہ کرنا چاہئیے۔ یہی سلوک بڑی اور چھوٹی آنتوں کے ساتھ کیا جاتا ہے اور ان کو الگ الگ بند لگا کر نکال لیا جاتا ہے۔ کاوی اور خراش آور زہروں کی صورت میں مری کو بھی نکال لینا چاہئیے اور اس کو کھولکر اس کا اندرونی منظر دیکھنا چاہئیے۔ اور منہ سے لیکر خطہ ہضمی کے ساتھ ساتھ نیچے جہاں تک بھی دیکھا جا سکے زہر کے اثرات کا سراغ لگانا چاہئیے۔ زیریں آنت میں ٹھوس براز کی موجودگی یا عدم موجودگی درج کرنا چاہئیے۔

یہ دیکھنا چاہئیے کہ خون کا رنگ کیا ہے، سیالیت کے لحاظ سے اس کی کیا حالت ہے اور ٹھوس اعضا کا عمومی طور پر کیا رنگ ہے جگر، گردوں، اور قلب میں شحمی انحطاط کے نشانات، اشراب (injection) کے نشانات بالخصوص گردوں میں اور تنبیلات (ecchymoses) کے نشانات تلاش کرنا چاہئیں۔ معدہ اور آنتوں کے مشمولات کے علاوہ جگر اور گردے اور طحال، اور جس قدر بھی خون جمع ہو سکے وہ اور مثانہ اور مرارہ کے مشمولات، ان سب کو الگ الگ نکال لیا جاتا ہے۔ اور موزوں برتنوں میں تجزیہ کے لئے الگ الگ رکھدیا جاتا ہے۔ مناسب ہے کہ دماغ کو اور جسم کے اندر جو سیال ہے اس کو نکال کر متذکرہ صدر

طریق پر محفوظ کر چھوڑیں، بالخصوص طیران پذیر زہروں کی صورت ہیں، پارہ اور سنکھیا کے مزمن تسممات کی وارداتوں میں بعض کھوکھلی ہڈیاں بھی بھیجنے کی ضرورت ہے جیسے فقرات کے اجسام یا جمجمہ کا کوئی حصہ۔ متذکرہ صدر احشاء سالم بھیجنا چاہئیں نہ کہ ان کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے۔ یہ اس لئے ضروری ہے کہ اگر دو مستقل تجزیات کا حکم ہو تو ان کے لئے اشیا مہیا ہو جائیں۔ تمام برتن اس طرح بند کرنے چاہئیں کہ حتی الامکان ہوا بند (air tight) ہوں۔ پھر ان کے منہ کو کاغذ سے ڈھانپ کر اور اس کاغذ کو کس کر باندھ دینا چاہئے۔ اور اسی کی گرہ پر خوب لاکھ لگا کر اس پر امتحان کنندہ طبیب کو اپنی ذاتی مہر کا نشان لگا دینا چاہئے۔ استوانیوں اور بوتلوں پر پرچے (chits) چسپاں کرنے چاہئیں اور سب پرچوں پر استوانی یا بوتل کے مشمولات کی تفصیل اور جس فرد سے وہ ماخوذ ہوں اس کا نام اور امتحان لاش (necropsy) کی تاریخ صاف صاف تحریر کر دینا چاہئے۔ پھر ان بوتلوں اور ان کے مشمولات کی دو فہرستیں مرتب کرنی چاہئیں ایک فہرست اپنے پاس رکھ لینی چاہئے اور دوسری کو بوتلوں کے ہمراہ ماہر تجزیہ کے پاس بھیج دینا چاہئے یا ان حکام کے پاس بھیج دینا چاہئے جو اس اثناء میں اس کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ یہ استوانیاں جس قدر بھی ممکن ہوں قلیل ترین ہاتھوں میں سے گذرنی چاہئیں اور جب بھی ممکن ہو امتحان بعد الموت کرنے والے طبیب کو چاہئے کہ وہ ماہر تجزیہ کے ہاں انھیں خود پہنچا دے۔ انھیں کسی سرد مقام پر رکھنا چاہئے۔ لیکن ان کے مشمولات میں کوئی صافن نہیں ملانا چاہئے

بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ نہایت محتاط بعد الموت امتحان (postmortem) کرنے پر بھی کوئی ایسے مرضی تغیرات خالی آنکھ کو نظر نہیں آتے جو موت کی توجیہ کرنے کے لئے کافی ہوں۔ اس کی مثال نظام عصبی کے امراض، جیسے صرع، بعض جراثیمی امراض، اور نیز الکلائیڈ کا تسمم ہے۔ ان حالات میں طبیب کو محتاط رہنا چاہئے کہ کہیں قدرتی مناظر میں مبالغہ کرکے ان کو امراضیاتی مناظر تصور کر لے اور ان مثالوں میں سریریاتی (clinical) سرگذشت (history) موت کا سبب دریافت کرنے کے لئے بے حد مفید ہوتی ہے۔

بعض حالات میں یہ قرین مصلحت ہوتا ہے کہ دو طبیب ملکر امتحان

16

بعد الموت کریں مشکوک اور غیر واضح علامات کی صورت میں ایک شریک کا مشورہ اور امداد فائدہ مند ثابت ہوتی ہے اور تقسیم کار سے یعنی ایک طبیب شگاف دیتا ہو اور دوسرا نتائج درج کرتا جاتا ہو تحقیقات زیادہ مکمل ہوتی ہے اور زیادہ آسانی سے انجام دی جاسکتی ہے۔ ہر دریافت کو ساتھ ہی ساتھ صحت کے ساتھ درج کر دینا چاہئے، اور اس صورت میں جب کہ یہ امتحان ایک ہی طبیب انجام دے رہا ہو، ہر دریافت کو اس کی تکمیل کے بعد فوراً ہی درج کر دینا چاہئے۔ اگر یادداشت شریک کار نے لکھی ہو تو عملیہ کنندہ کو چاہئے کہ وہ اسے وہیں کھڑے کھڑے پڑھ لے اور پھر دونوں طبیبوں کو اس پر دستخط کر دینے چاہئیں۔ اگر جرم کے ساتھ طبیب کا بھی کچھ تعلق ہو تو اسے ہرگز حاضر ہونے کی اجازت نہیں دینی چاہئے۔ ہاں وہ کسی دوسرے طبیب کو امتحان لاش (necropsy) پر اپنی نمائندگی کرنے کے لئے مقرر کر سکتا ہے۔ لیکن اس نمائندہ کو کارروائی میں عملی حصہ لینے کی اجازت نہ ہوگی اور ان تمام وارداتوں میں جہاں قانونی تحقیقات ہونے کا امکان ہو، تحویل دار (incharge) طبیب کو چاہئے کہ جب تک اس کو کارونر کی طرف سے امتحان کرنے کا حکم موصول نہ ہو وہ امتحان کرنے سے باز رہے۔ کیونکہ جب تحقیقات عمل میں آنے والی ہو، تو قانوناً جب تک کہ کارونر لاش کی تدفین کا حکم نافذ نہ کر دے، یہ لاش کارونر کے قبضہ میں ہوتی ہے بدیں وجہ بغیر اس کی اجازت کے اس میں مداخلت نہیں کی جاسکتی۔ باقی واقعات میں ۱۸۳۲ء کا تشریحی آئین (Anatomy Act) یہ قرار دیتا ہے کہ تعمیل کنندگان وصیت یا کوئی دیگر فریق جو لاش پر قانوناً قابض ہو، تشریحی امتحان کئے جانے کی اجازت دے سکتے ہیں۔

نبش (exhumation) — مزعومہ مقتول کی لاش دفن ہو چکنے کے بعد اگر فریب کاری کا اشتباہ پیدا ہو جائے تو کارونر اور حکام محکمہ داخلہ (home authorities) حکم دے سکتے ہیں کہ قبر کھود کر لاش برآمد کی جائے اور اس کا طبی معائنہ کیا جائے۔ جس طبیب کو امتحان کرنے کے لیے مقرر کیا گیا ہو اس کا یہ فرض ہے کہ نبش کے موقعہ پر وہاں حاضر رہے اور پیش از وقت خیال رکھے۔

کر مکمل تحقیقات کے لئے کافی سامان طیار رہے ۔ بوقت نبش متوفی کے کسی دوست یا عزیز کو بھی حاضر رہنا چاہئے تاکہ وہ لاش کی شناخت کرے ۔ اگر تدفین حال میں ہوئی ہو تو معمولی بعد الموت امتحان (post-mortem) انجام دیا جاسکتا ہے ، لیکن اگر لاش مدت سے زیر زمین ہو تو تحلیل کم و بیش ترقی یافتہ ہوگی اور معمولی بعد الموتی مناظر برباد ہو گئے ہوں گے ۔ ان مثالوں میں ہڈیوں کے بالخصوص جمجمہ کے اور عورتوں میں رحم کے تفرات سے (جو باقی نرم اعضا کی نسبت زیادہ دیر تک بوسیدگی کی مدافعت کرتے ہیں) بیش قدر شہادت حاصل ہوتی ہے اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ نبش مشکوک زہر خورانی کی وارداتوں میں انجام دیا جاتا ہے ۔ ان میں معدہ اور امعا کو نکال لیا جاتا ہے اور اگر یہ تازہ ہوں تو ان پر اسی طرح بند لگا دیے جاتے ہیں جس طرح کہ معمولی امتحان کی ہدایات میں بیان کیا جاچکا ہے ۔ اور ان کو صاف کانچ کے برتنوں میں رکھکر مصئون کر دیا جاتا ہے ۔ جگر، طحال، گردے سب نکال لینے چاہئیں ۔ اگر کسی فلزی زہر کی موجودگی کا شبہ ہو جیسے پارہ یا سنکھیا کا تو کچھ ہڈیاں بھی لے لینی چاہئیں، مثلاً فقرات کے اجسام ۔ اگر تدفین دیرینہ ہو حتیٰ کہ تابوت بھی بوسیدہ ہوگیا ہو تو فلزی زہر خورانی کے واقعات میں مناسب ہے کہ ارد گرد کی مٹی میں سے کچھ مٹی کیمیائی امتحان کی غرض سے لے لی جائے ۔ عفونت خواہ کتنی ہی ترقی یافتہ کیوں نہ ہو، امتحان کرتے وقت کسی دافع تعفن یا دافع السرائت کا استعمال ہرگز نہ کرنا چاہئے اور نہ اسے علیحدہ کردہ حصوں ہی میں ملانا چاہئے ۔ یہ بھی دیکھنا چاہئے کہ تدفین لاش کے بعد جو عرصہ گزر چکا ہے اس کا لحاظ کرتے ہوئے عفونتی تغیرات کس درجہ کے ہیں ۔

17

باب ۵

عمر طبی قانونی نقطۂ نگاہ سے

ذی حیات میں عمر کا سوال طبی قانون دان کے سامنے مسئولیت جرم، ازدواج، کثرت اولاد، قابلیت حیات، زنا بالجبر و شناخت شخصی کے سلسلہ میں آتا ہے اور

مُردوں میں بچہ کشی و مجرمانہ اسقاط حمل اور شناخت لاش کے تعلق ہیں۔

۷ سال سے کم کے بچہ کو قانون ارتکاب جرم کے ناقابل قرار دیتا ہے۔ اس وجہ سے وہ سزا سے مستثنیٰ ہوتا ہے۔ اس عمر سے اوپر اور ۱۴ سال سے کم کے بچہ کو بھی ہنوز غیر ذمہ دار ہی سمجھا جاتا ہے تاوقتیکہ اس درجہ کی ذہانت کا ثبوت حاصل نہ ہو کہ وہ اس فعل کی مجرمانہ نوعیت کو جو اس سے سرزد ہوا ہے سمجھتا ہے۔ ۱۴ سال سے کم عمر کے لڑکے کو قانون زنا بالجبر کے ارتکاب کے ناقابل سمجھتا ہے اور اس لئے اسے اس جرم کے ارتکاب یا اقدام کا قصوروار قرار نہیں دیا جاسکتا۔ ۱۴ سال یا اس سے زیادہ عمر کے لڑکے کو اپنے افعال کا ذمہ دار گردانا جاتا ہے لیکن اسے بلوغ کے پورے حقوق اس وقت تک حاصل نہیں ہوتے جب تک کہ وہ ۲۱ سال کی عمر کا نہ ہو جائے علاوہ ازیں جب تک وہ بلوغ کو نہ پہنچ جائے وہ ایک جائز وصیت نہیں کرسکتا (1 Vict. c. 26) - چونکہ عمر کا اندازہ کرنے میں یوم پیدائش کو بھی شمار کرلیا جاتا ہے لہذا ایک جائز وصیت نامہ اکیسویں سالگرہ سے ایک روز پیشتر بھی لکھا جاسکتا ہے، کیونکہ قانون ایک پورے دن سے کم کے عرصہ کو تسلیم ہی نہیں کرتا۔ ایک آدمی پر جبوری کی خدمت کے فرائض اسوقت تک عائد نہیں ہوتے جب تک کہ وہ سنِ بلوغ کو پہنچ نہ جائے۔ قانونی عدالتوں میں شہادت دیتے وقت عمر کی کوئی پرواہ نہیں کی جاتی لیکن شرط یہ ہے کہ جب جج کسی بچہ سے یہ پوچھے کہ آیا تم سچ سچ کہنے کی ضرورت کو سمجھنے کی قابلیت رکھتے ہو تو وہ بچہ کافی درجہ کی ذہانت کا اظہار کرے۔ اس ملک میں قابل ازدواج عمر مردوں کیلئے ۱۴ اور عورتوں کے لئے ۱۲ سال ہے۔

ذی حیات میں ان کے سنِ بلوغ کو پہنچ چکنے کے بعد عمر کا اندازہ کرنے کے لئے کوئی قابل اعتبار معیار نہیں ہے۔ البتہ بچپن میں ۱۳ ویں یا ۱۴ ویں سال تک دانتوں سے شہادت ملتی ہے۔ عمومی علامات بے شک موجود ہوتی ہیں، لیکن ان میں بوجہ خاصہ ذاتی، طرز زندگی اور ذاتی خبرگیری کے اس قدر اختلاف ہوتا ہے کہ زندگی کی دو انتہاؤں کے مابین ذی حیات کی عمر کا اندازہ لگانا قیاس سے زیادہ حیثیت نہیں رکھتا۔

مردہ میں صورت حالات اور ہے۔ بعض نموی علامات ایسی ہیں کہ اگر وہ

مل جائیں تو دونوں سمتوں میں فرد کی عمر کی تحدید اس قدر صحتی سے کی جا سکتی ہے کہ خاصہ صحیح تخمینہ لگانا ممکن ہو جاتا ہے کوئی واحد علامت تو قطعی نہیں ہو سکتی ہاں اگر متعدد علامات ایک دوسرے سے ہم آہنگ پائی جائیں تو ماہر ایک فیصلہ کن رائے دینے میں حق بجانب ہے۔

سب سے معتبر معلومات آخری جنینی مہینوں اور زندگی کے ابتدائی سالوں میں، تعظم عظام سے ملتی ہے۔ جسم کی لمبائی اور وزن سے حیات "درون رحمی" کے دوران میں اہم معلومات حاصل ہوتی ہیں اور اسی طرح ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے ناخنوں کے درجہ نمو، بیرونی کان کی جسامت، آنت میں عقی (meconium) کی موجودگی یا عدم موجودگی، جلد پر روؤں اور آنکھ میں غشاء الحدقہ کی موجودگی یا عدم موجودگی، مذکر میں خصیوں کا محل وقوع۔ ہمیں اپنی موجودہ اغراض کے لئے حیات درون رحمی کے چھٹے مہینے سے اُدھر جانے کی ضرورت نہیں ہے کیونکہ یہ کہہ سکتے ہیں کہ قابلیت حیات اس زمانہ کے بعد شروع ہوتی ہے۔ اگر یہ ثابت ہو جائے کہ ایک جنین کی لاش چھ مہینے کی رحمی حیات کو نہیں پہنچی، تو اسے مولود ساکت (stillbirth) تصور کیا جائے گا اور الزام بچہ کشی کی نفی ہو جائے گی۔ 18

ذیل کی جدول میں، مغالطہ سے بچنے کے لئے حمل کے زمانہ کو پورے مہینوں کی صورت میں بیان کیا گیا ہے۔ مثلاً چھ ماہ کی مدت کا حمل نہ کہ "حمل چھٹے مہینے میں"۔ آخری طریقۂ بیان مبہم ہے چھ ماہ کی مدت کے حمل کے یہ معنی ہیں کہ مذکورہ مدت پورے طور پر گزر چکی ہے۔ "حمل چھٹے مہینے ہیں" اس سے چھٹے مہینہ کی ابتدا سے انتہا تک کوئی ایک وقت مراد لیا جا سکتا ہے خواہ یہ پانچ ماہ سے ایک ہی دن اوپر کیوں نہ ہو۔

جنین کا نمو چھٹے مہینے سے لیکر رحمی حمل کی پوری میعاد تک

۶ مہینے کا جنین لمبائی ۹ سے ۱۴ انچ تک۔ وزن ۱ سے ۲ پونڈ تک جنین کا سر جسم کے مقابلہ میں بڑا ہوتا ہے۔ منتہائے حبل السری جسم کے وسط سے بہت نیچے ہے۔ جلد سرخ اور جھری دار ہے۔

نیچے کی چربی جو بعد میں جسم کو گولائی بخشتی ہے، اب تک صرف بننی شروع ہوئی ہے۔ جسم روؤں سے یعنی لیوناگو (lunago) اور نیز دام جبنی (vernix caseosa) کی ایک باریک تہ سے ڈھکا ہے جو جلد سے نکلے ہوئے دُہنی مادہ اور سرحلمہ اور روؤں کی آمیزش سے بنی ہوئی ایک سفید شے ہوتی ہے۔ سر کی ہڈیاں درزوں پر ایک دوسرے سے بہت فاصلہ پر ہیں۔ اگلے اور پچھلے یافوخ (fontanelle) کھلے ہوئے ہیں سلوین انشقاق (sylvian fissure) متشکل ہو چکا ہے۔ قشرۃ الدماغ کی تحتانی جبہی (inferior frontal) اور پیش مرکزی (precentral) اور درون جداری (intraparietal) تجویفیں نمودار ہیں۔ بھوؤں اور پلکوں کی تکوین شروع ہے[۱]۔ پپوٹے جڑے ہوئے اور غشاء الحدقہ جو تین ماہ کے بعد متشکل ہوتی ہے موجود ہے۔ بیرون اذن ناپ میں ۱۶ تا ۲۴ ملی میٹر ہے[۲]۔ ہاتھوں کے ناخن اثنائے تشکیل میں ہیں لیکن بہت ملائم ہیں۔ پیروں کے ناخن کمتر نمویاب ہیں۔ صفن چکنا اور خالی ہے۔ خصیے، عضلات خصریہ (psoas muscles) پر گردوں کے نیچے واقع ہیں، چھوٹی آنت میں تھوڑا سا مخاطی افراز بھی موجود ہے جو ممکن ہے صفراوی لون سے رنگین ہو۔ عظم العقب (os calcis)، یدالقص (manubrium) اور عجز (sacrum) کے فقرات کے اجسام اور ورقات میں مراکز تعظم موجود ہیں۔

۷ ماہ کا حمل۔ لمبائی ۱۲ سے ۱۵ انچ۔ وزن ۲ تا ۴ پونڈ۔ جلد کچھ زیادہ پھیکی رنگت کی گردوں اور دام جبنی (vernix) سے خوب ڈھکی ہوئی ہے۔ روئیں چہرہ پر سے معدوم ہونے کو ہیں اور چاندلی پر کے روئیں بالوں کی ہیئت اختیار کرتے اور سیاہ ہوتے جاتے ہیں۔ فوقانی جبہی (superior frontal) اور پیش مرکزی (precentral) انشقاقات نمودار ہیں۔ پپوٹے منضم شدہ نہیں ہیں۔ غشاء الحدقہ جو اس ماہ میں معراج نمو کو پہنچ جاتا ہے غائب ہونا شروع ہو گیا ہے۔ بیرونی اُذن کا طول ۲۶ ملی میٹر ہے۔ ہاتھ کے ناخن پورے طور پر انگلیوں کے سروں تک نہیں پہنچتے۔ خصیے شکمی حلقہ (abdominal ring) کے قریب ہیں عقی (meconium) بڑی آنت میں پایا جاتا ہے خوردبینی معائنہ کیا جائے تو یہ شئے ذیل کے اجزا سے مرکب معلوم ہوتی ہے

---

[۱] Cunningham, Contribution to the Surface Anatomy of the Cerebral (Hemispheres, 1892)

[۲] von Troeltsch Die Anatomie des Ohres

مخاطی جیسمے، آنت کا مہر حلمہ، بلی ریوبن (bilirubin) کی چھوٹی چھوٹی قلمیں جو ہیموٹائیڈین (hæmatoidin) کی قلموں سے ملتی جلتی ہیں اسٹیرک ترشہ (stearic acid) کی قلمیں وامِ جنینی (vernix caseosa) قص (sternum) کے جسم کے پہلے ٹکڑے اور عظم الکعب (astralgus) میں مراکز تعظم موجود ہیں۔

۸ ماہ کا۔ لمبائی ۱۵ سے ۱۷ انچ۔ وزن ۴ سے ۵ پونڈ۔ حبل السُرّی کی منتہٰی وسط جسم سے ذرا نیچے، جلد ذرا زیادہ پھیکی رنگت کی اور چربی اس کے نیچے کے بڑھ جانے سے زیادہ ابھری ہوئی۔ چہرے کی جھری دار شکل باقی ہے۔ روئیں غائب ہو رہے ہیں۔ غشاء الحدقہ عمومی طور پر غائب ہوچکا ہے۔ بیرونی اُذن کا طول ۲۶ سے ۲۸ ملی میٹر ہے۔ ناخن سخت تر محسوس ہوتے ہیں اور انگلیوں کے ناخن سروں تک پہنچے ہوئے ہیں لیکن پیروں میں نہیں خصیئے اربی قنال (inguinal canal) میں پڑے ہوئے ہیں اور شاید صفن کے بالائی حصے تک پہنچ چکے ہیں خاصکر بایاں خصیہ۔ چھوٹی آنت میں صمامات متقاربہ (valvulæ conniventes) متشکل ہیں۔ گردے اب فوق الکلیوں (adrenals) سے بڑے ہیں اور شاید مثانہ میں بول بھی ہو قص کے جسم کے دوسرے ٹکڑے میں مرکز تعظم موجود ہے۔

۹ ماہ کا (یعنی عند المیعاد)۔ لمبائی ۱۸ سے ۲۰ انچ۔ وزن ۵ سے ۸ پونڈ۔ سر کی ناپ عرضاً ۳¾ سے ۴ انچ، سہماً (sagitally) ۴½ سے ۵ انچ، شانوں کے آرپار ۴¾ انچ اور ورکوں کے آرپار ۴ انچ۔ ناف وسط جسم سے صرف ¾ انچ نیچے ہے۔ جلد اپنا گلابی رنگ کھوچکی ہے اور بالغ کی جلد کے رنگ سے زیادہ مشابہ ہے جسم اور جوارح فربہ ہیں چہرے پر سے جھریاں معدوم ہوگئی ہیں روئیں قریب قریب غائب ہوچکے ہیں۔ وامِ جنینی (vernix caseosa) کچھ مقدار میں صرف پشت اور جوارح کے خم پذیر رخ پر پایا جاتا ہے۔ سر کے بال زیادہ تر سیاہ اور لمبائی میں ایک انچ ہیں۔ درزوں کے خطوط کے ساتھ ساتھ ہڈیاں باہم متصل ہیں، مگر قذالی اور جداری ہڈیاں صرف ایک غشا کے ذریعہ جڑی ہوئی ہیں اور آزادانہ حرکت پذیر ہیں۔ پچھلا یافوخ (fonatnelle) بند ہوچکا ہے مگر اگلا نہیں۔ دماغ کی ثانوی تجویفیں نمودار ہیں اور سطح زیادہ تلفیف دار ہے۔ پلکیں اور پپوٹے اچھی طرح متشکل ہوچکے ہیں، بیرونی اُذن کا طول ۳۴ تا ۳۶ ملی میٹر ہے۔ ناک اور کان کے غضروف (cartilages) سخت محسوس ہوتے ہیں ناخن انگلیوں کے سروں سے آگے نکلے ہوئے ہیں لیکن پیروں میں سروں ہی تک پہنچتے ہیں۔

19

خصیے صفن میں موجود ہیں جو کہ خوب جھری دار ہے عقی (meconium) صرف بڑی آنت میں ہے۔ دونوں صنفوں میں چھاتیاں اچھی طرح متشکل ہیں اور ان کے اندر کچھ رطوبت بھی ہوتی ہے۔ فخذ کے زیرین سرے میں ایک مرکز تعظم ہے جس کا قطر ۰٫۲ ہے۔ طبی قانون دان کے لئے بچہ کشی کے واقعات میں جنین کے نمو کی تفتیش کرتے وقت اس مرکز کو بہت اہمیت دی جاتی ہے۔ یہ مرکز کامل میعاد سے دو ہفتہ پیشتر خاصی پابندی کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور جس بربالہ (epiphysis) میں یہ نمودار ہوتا ہے وہ واحد بربالہ ہے جس میں تعظم ولادت سے پیشتر شروع ہوتا ہے۔ کعب (cuboid) اور عصعص (coccyx) کے پہلے فقرہ اور جسم قص کے تیسرے ٹکڑے میں بھی مراکز تعظم پائے جاتے ہیں۔

ذیل کی جدول اہم ترنموی تغیرات بتاتی ہے جو چھ ماہ سے لیکر کامل میعاد تک جنین میں واقع ہوتے ہیں:-

ماہ	لمبائی انچوں میں	وزن پونڈوں میں	ناخن	غشاء الحدقہ	خصیے	مرکز تعظم
۶	۱۳-۹	۲-۱	بن رہے ہیں	موجود مگر پپوٹے جڑے ہوئے۔	گردوں کے نیچے اور عضلات خصریہ پر	عظم العقب اور یدالقص عجزی فقرات کے اجسام اور ورقوں میں۔
۷	۱۵-۱۲	۴-۲	انگلیوں کے سروں تک نہیں پہنچتے۔	جزوی طور پر موجود اور پپوٹے کھلے ہوئے۔	حلقہ جات بطنیہ کے پاس۔	قص کے جسم کا پہلا ٹکڑا عظم الکعب۔
۸	۱۷-۱۵	۵-۴	ہاتھ میں انگلیوں کے سروں تک پہنچتے ہیں مگر غالباً پاؤں میں نہیں پہنچتے۔	معدوم	اربی قنال میں اور شاید صفن میں اکثر بایاں خصیہ دائیں سے آگے ہوتا ہے	قص کے جسم کا دوسرا ٹکڑا
	۲۰-۱۸	۸-۵	ہاتھ میں انگلیوں کے سروں سے آگے نکلے ہوئے ہیں لیکن پاؤں میں سروں تک ہیں	-	دونوں خصیے صفن میں اور صفن جھری دار ہے	عظم الکعب قص کے جسم کا تیسرا ٹکڑا پہلا عصعصی فقرہ فخذ کا زیرین بربالہ۔

درجہ نمو کے مذکورہ بالا معیار معتد بہ حد تک اختلاف پذیر ہیں لہذا کسی انفرادی واقعہ میں قطعی رائے ظاہر کرنے سے احتراز کرنا چاہئیے تاوقتیکہ متعدد واہم ترین معیار آپس میں معقول طور پر متطابق نہ ہوجائیں۔ ابعاد اور وزن کے متعلق یہ امر یاد رکھنا چاہئیے کہ مذکر بچے مونث بچوں سے عموماً ہر دو لحاظ سے سبقت لے جاتے ہیں۔ میعاد کے بچوں میں وزن کا بہت اختلاف ہوتا ہے آرٹیگا (Ortega)[1] نے ایک عورت کو ایک ساکت مولود بچہ جنوایا جس کا وزن ۲۴ ¾ پونڈ اور طول ۲۴ انچ تھا۔ اور اس کے شانوں کے آر پار کی ناپ ½ ۷ انچ تھی۔ پلیفیر (Playfair)[2] ایک بچے کا ذکر کرتا ہے جو قوی ہیکل والدین سے تولد ہوا تھا۔ ماں کا قد ۶ فٹ ۱۹ انچ اور باپ کا قد سات فٹ ۷ انچ تھا۔ بچہ مولود ساکت تھا۔ اس کا طول ۳۰ انچ اور وزن ¾ ۲۳ پونڈ تھا۔ میعاد کے بچے کا وزن چونکہ تغذیہ کی حالت سے متاثر ہوتا ہے لہذا بہ نسبت طول کے یہ کم مستقل ہوتا ہے۔ مرض کساح (rickets) تعظم کا ابطاء کرتا ہے۔ لہذا مختلف مراکز تعظم جو طبعی حالت میں اختتام میعاد پر موجود ہوتے ہیں ان کے نمو میں اور یافوخوں کے بند ہونے میں یہ مرض مداخلت کرتا ہے۔

20

نوزائیدہ میں عفونتی تغیرات بہت سرعت سے واقع ہوتے ہیں اور ان علامات میں جو وزن اور جلد ، بالوں ناخنوں اور ناک اور کان کے غضروفوں کی حالت سے حاصل ہوتی ہیں سخت مداخلت کرتے ہیں اور نیز بوجہ عفونت قرنیہ پیدا کرنے کے اس شہادت میں بھی مخل ہوتے ہیں جو غشاء الحدقہ سے ملتی ہے۔ یہ بات قابل لحاظ ہے کہ غشاء الحدقہ بجائے خود جنین کی پختگی کی دلیل نہیں ہے۔ اور نہ صفن میں خصیوں کی عدم موجودگی کو عدم پختگی کی دلیل تسلیم کیا جاسکتا ہے کیونکہ یہ بسا اوقات زمانہ بلوغ تک اربی قنال کے اندر یا اس سے اوپر ہی رہتے ہیں۔ شائد جنین کی پختگی یا عدم پختگی کے متعلق رائے قائم کرنے کے لئے فخذ کے زیرین

[1] Nouv. Arch. d' Obstet et de Gynecol, 1891.

[2] Sc. and Prac. of Midwifery, 1893.

ہر بالہ میں مرکز تعظم کی موجودگی یا عدم موجودگی بے خطا ذریعہ نہ سہی تاہم معتمد ترین ذریعہ ضرور ہے اور یہ اس صورت میں بھی جب کہ تعفنی تغیرات اس حد تک ترقی یافتہ ہوں کہ تمام علامات بیکار ثابت ہوں۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ ۸ ماہ کے جنین اور کامل میعاد کے جنین کے درمیان جو فرق ہوتا ہے وہ اس قدر نمایاں نہیں ہوتا کہ کوئی قطعی رائے قائم کی جا سکے لیکن جو واقعات طبی قانون دان کے سامنے آتے ہیں ان میں سے اکثر میں مبحث پر کچھ اثر نہیں پڑتا کیونکہ دونوں صورتوں میں یہ ممکن ہے کہ بچہ زندہ پیدا ہوا ہو۔

پیدائش کے بعد دوران خون بہت جلد بالغ کی طرز کا ہو جاتا ہے بشرہ (cuticle) تقریباً تیسرے دن جھڑنا شروع ہو جاتا ہے۔ جو جلد پہلے پیش دموی اور گلگوں تھی بعد میں زردی مائل رنگت اختیار کر لیتی ہے۔ تقشیر کے ختم پر جس میں بچہ کی توانائی کے لحاظ سے ۲ ہفتے تک اختلاف پذیر وقت صرف ہوتا ہے، جلد اپنا مستقل طبعی رنگ اختیار کر لیتی ہے۔ پہلے ۳ یوم میں بچے کا وزن گھٹتا ہے۔ پیدائش کے چند گھنٹے بعد آنت اپنا عقی (meconium) خارج کر دیتی ہے جو درون رحمی حیات کے دوران میں جمع ہو گیا تھا پیدائش پر طبعی حبل السری فربہ و مرغولہ دار اور کثیر الالوان ہوتی ہے مگر کمزور بچوں میں پلپلی (flaccid) اور زیادہ پتلی حبل السری کو کاٹنے کے بعد اس کا وہ حصہ جو بچے سے چپکا ہوا ہو پلپلا ہو جاتا ہے اور پہلے یا دوسرے دن مرجھانا شروع ہوتا ہے۔ یہ تیبّس (desiccation) آزاد سرے سے شروع ہوتا ہے اور منتہا کی طرف بڑھتا ہوا ۳ یا ۴ یوم میں مکمل ہو جاتا ہے پھر حبل السری چپٹی ہو جاتی ہے اور ایک ایسی نیم شفاف جھلی کا منظر پیش کرتی ہے جس میں شریانیں اور وریدیں سُرخ خطوط سی نظر آتی ہیں۔ اگر ایسی حبل السری کو جو محنط (mummified) ہو گئی ہو پانی میں بھگو یا جاوے تو سابقہ حالت پر نہیں عود کرتی۔ یہ حبل السری تقریباً چوتھے یا پانچویں روز دیوار شکم کے قریب سے عمل تقرح کے ذریعہ علیحدہ ہو جاتی ہے۔ کچھ مدت تک مقام علیحدگی کے اردگرد ایک التہابی دائرہ باقی رہتا ہے اور معمولی قیحی افراز بھی جو عمل تقرح کا لوازمہ ہے کم و بیش موجود ہوتا ہے۔ التہابی افعال جو رسن کی علیحدگی پر

عارض ہوتے ہیں، ان کا درجہ اور دوران مدت بچے کی حیوی قوت اور نمو کے مطابق اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بچہ جس قدر نحیف ہو مفارقت کا فعل اتنا ہی طویل المدت ہوتا ہے۔ ناف کی ندبیت ۸ تا ۱۲ یوم میں مکمل ہوجاتی ہے۔

رسن کی مفارقت اور بر جلد کے جھڑنے کی تکمیل کے بعد جو ثقہ ترین معیار عمر کے ہیں وہ خروج انسان کی ترقی اور تعظم کے جو مختلف مراکز پیدائش کے بعد بنتے ہیں ان کے نمو سے ملتے ہیں۔ مگر ان کے علاوہ اور بھی علامات ہیں جو مفید ہوسکتی ہیں۔

پیدائش کے بعد معدے کا حجم بہت جلدی سے بڑھتا چلا جاتا ہے ایشبی اور رایٹ[۵] (Ashby and Wright) نے رفتار ترقی کا اندازہ اس طرح کیا ہے۔

عندالمیعاد	قریب	دو سیال آونس
چوتھے ہفتے	"	۳-۴ "
تین مہینے کے بعد	"	۵ "
چار مہینے کے بعد	"	۱۰ "

کھوپری کا مکعب حجم عندالمیعاد ۵۰۰ مکعب سنٹی میٹر کے برابر ہوتا ہے اور دوسرے سال میں ۱۰۰۰ مکعب سنٹی میٹر تک بڑھ جاتا ہے۔ بالغ زندگی میں اس کی اوسط ۱۵۰۰ مکعب سنٹی میٹر ہوتی ہے۔

زندگی کے پہلے بارہ مہینوں میں بچہ کے وزن کی افزائش بہت نمایاں ہوتی ہے۔ فیفر (Pfeiffer) نے ذیل کی (مختصر) جدول دی ہے۔

	پونڈ	آونس
پہلے مہینے میں	۸	۵ ½
تیسرے مہینے میں	۱۱	۱۵
چھٹے مہینے میں	۱۶	۳ ½

۵۔ امراض بچگان ۱۸۹۲ء
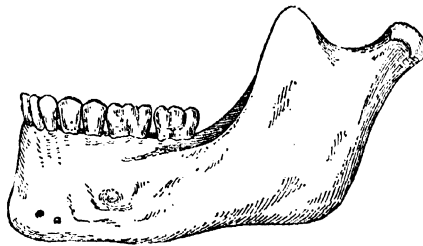
Fig. 1.—The lower jaw at puberty.
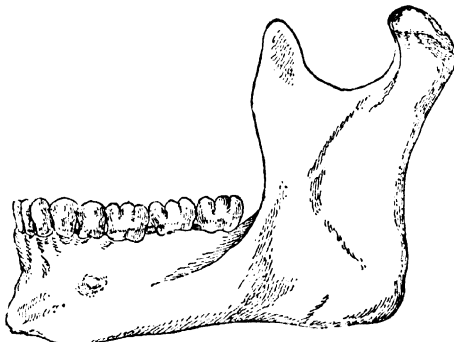
Fig. 2.—The lower jaw of adult age.
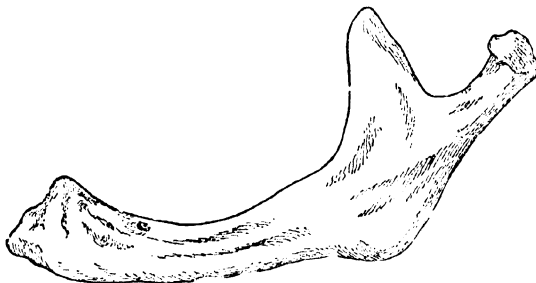
Fig. 3.—The lower jaw of old age.

نویں مہینے میں	۲۰	۱
بارہویں مہینے میں	۲۲	۷

پہلے سال کے اختتام کے بعد وزن اتنی سرعت سے نہیں بڑھتا۔ ۵ سال کے اخیر پر وزن پھر دوچند ہوجاتا ہے اور نیز چودھویں سال کے اخیر پر بھی۔ بظاہر ان اعداد میں یہ امر مفروضہ ہے کہ بچے کا تغذیہ بھی ساتھ ساتھ بڑھتا چلا جاتا ہے۔

چوتھے سال کے آخر میں بچے کی اوسط لمبائی عندالمیعاد کی اوسط لمبائی سے دوچند ہوتی ہے۔

پیدائش کے وقت جو زاویہ فک کے جسم اور فرع کے انصال سے بنتا ہے وہ زاویہ منفرجہ ہوتا ہے اور تقریباً ۱۴۰ درجے کے برابر ہوتا ہے۔ جسم قریب قریب نصف دائرہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ اتھلا اور زیادہ تر جوبزی (alveolar) حصہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ قاعدی حصہ بہت کم نمو یافتہ ہوتا ہے۔ اسنان دائمی اسنان عارضی سے تعداد میں زیادہ ہونے کی وجہ سے مزید جگہ چاہتے ہیں اور یہ جگہ اسفل کی پچھلی جانب بالیدگی سے حاصل ہوتی ہے جو نصف دائرہ کی شکل سے نعل اسپ کی شکل میں متبدل ہوجاتا ہے۔ اس کی لمبائی کی افزایش کے ساتھ ساتھ جسم زیادہ گہرا اور دبیز بھی ہوتا جاتا ہے۔ شاخ طولانی ہوجانے سے وہ زاویہ جو یہ جسم سے ملکر بناتی ہے کم منفرج ہوتا جاتا ہے یہاں تک کہ بلوغت تک زاویہ قائمہ کے قریب قریب پہنچ جاتا ہے۔ سن شیخوخت میں دانت گر جاتے ہیں اور جبڑے کا جوبزی مذبول ہوجاتا ہے۔ جسم پھر اتھلا ہوجاتا ہے اور جسم اور فرع سے ملکر بننے والا زاویہ دوبارہ منفرج ہوجاتا ہے۔ اس بیان سے ظاہر ہے کہ بچپن اور بڑھاپے کے اُتھلے جبڑے تشریحاً ایکدوسرے کے متمم ہیں۔ بچپن کے جبڑے کا جسم تقریباً خالصاً جوبزی ہوتا ہے۔ اور بڑھاپے کے جبڑے کا جسم خالصاً قاعدی۔ اور اس کا ثبوت بچپن اور بڑھاپے کے جبڑوں کے ذقنی سوراخ (mental foramen) کے محل وقوع سے بھی ملتا ہے۔ اول الذکر میں سوراخ نیچے کی جانب ہوتا ہے اور موخرالذکر میں بالائی کنارے پر کھلتا ہے۔

دانت

اسنان عارضی یا لبنی تعداد میں ۲۰ ہوتے ہیں اور ترتیب ذیل سے ظاہر ہوتے ہیں۔

۷ ماہ	زیریں مرکزی ثنایا
۸ ماہ	بالائی مرکزی ثنایا
۷ سے ۹ ماہ	بالائی جانبی ثنایا
۱۰ سے ۱۲ ماہ	زیریں جانبی ثنایا
۱۴ ماہ	پہلے عارضی طواحن
۱۷ ماہ	انیاب
۲۲ سے ۲۴ ماہ	ثانوی عارضی طواحن

کمزور بچوں اور بالخصوص جو مرض کساح (rickets) میں مبتلا ہوں ان میں دانتوں کا خروج دیر میں ہوتا ہے۔ اس کا عکس شاذ و نادر واقع ہوتا ہے۔ کبھی بچے ثنایا نکلے ہوئے پیدا ہوئے ہیں۔

اسنان دائمہ تعداد میں ۳۲ ہوتے ہیں اور ترتیب ذیل سے ظاہر ہوتے ہیں۔

۷ ویں سال	پہلے طواحن	
۸ ویں سال	مرکزی ثنایا	
۹ ویں سال	جانبی ثنایا	
۱۰ ویں سال	مقدم پیش طاحن یعنی دو کنگری	یہ عارضی دانتوں کی جگہ لیتے ہیں۔
۱۱ سے ۱۵ سال	خلفی پیش طاحن	
۱۱ سے ۱۲ سال	انیاب	
۱۳ سے ۱۶ سال	دوسرے طواحن	
۱۸ سے ۳۰ سال	تیسرے طواحن (یعنی عقل ڈاڑھیں)	

اول ترین دائمی دانت اس مقام پر نمودار ہوتا ہے جو ماسبق میں خالی ہو
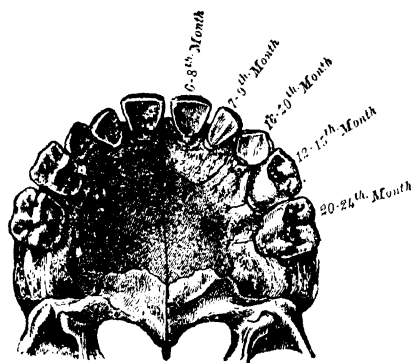
Fig. 4.—Temporary teeth (upper jaw). (Macalister's *Human Anatomy*).
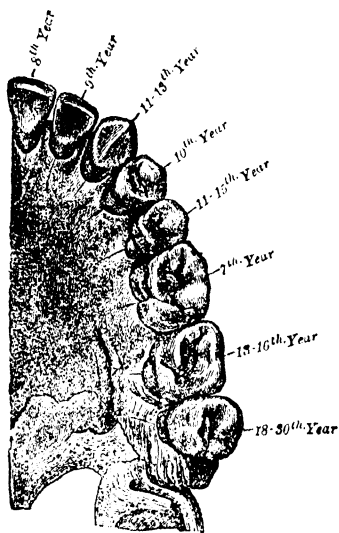
Fig. 5.—Permanent teeth. (Macalister's *Human Anatomy*).

یعنی عارضی دانتوں کے گروہ کے آخرترین سٹ کے عقب میں۔ بالعموم ان کا ظہور عارضی دانتوں کی معدومیت سے پیشتر ہوتا ہے چنانچہ کسی جبڑے میں دانتوں کو مرکزی خط سے پچھلی جانب گننے پر اگر صرف پانچ ہوں تو وہ عارضی گروہ میں شامل ہیں اور اگر چھٹا موجود ہو تو دائمی گروہ سے علاقہ رکھتا ہے۔ باقی ماندہ دائمی دانت، عارضی دانتوں کی جگہ اُسی ترتیب سے لیتے ہیں جس ترتیب سے عارضی دانت نمودار ہوئے تھے۔ دائمی طواحن چھ چھ سال کے فاصلوں سے ظاہر ہوتے ہیں۔ ایک ۹ سال کا بچہ ۱۲ دائمی دانتوں کا مالک ہوتا ہے۔ ۱۲ سے ۱۴ سال کا بچہ ۲۸ کا یعنی سوائے ۴ عقل ڈاڑھوں کے کل دانتوں کا۔

سن رسیدہ زندگی میں سر کی ہڈیاں ڈپلوی (diplœ) کے انجذاب سے پتلی ہو جانے کی جانب مائل ہوتی ہیں لمبی ہڈیاں ہلکی اور شکستنی ہو جاتی ہیں اور ان کا غیر نامیاتی جز و افزوں ہوتا ہے۔ کئی ایک دانت غائب ہو جاتے ہیں اور بدرنگ اور فرسودہ باقی رہ جاتے ہیں۔

ذیل کی جدولیں اس غرض سے مرتب کی گئی ہیں [زیادہ تر کوین (Quain) کی عضمیات (osteology) سے] کہ کسی جسم یا ہڈیوں کے پنجر کی اغلب عمر کو سن بلوغ تک بڑے بڑے مراکز تعظم کے وجود کے ذریعہ اور سن بلوغ کے بعد ہڈیوں اور بر بالوں کے اتصال اور نیز ہڈیوں کے باہمی اتصال کے ذریعہ ظاہر کریں۔

24

یہ جدول یہ ظاہر کرتی ہے کہ پیدائش کے بعد نقاط تعظم کب نمودار ہوتے ہیں۔

سال حیات	ہڈیاں جن میں نقاط تعظم ظاہر ہوتے ہیں
پہلا سال	قص (sternum) کے جسم کا چوتھا ٹکڑا
"	کتف کا کرکودی زائدہ (coracoid process)
"	ذراعیہ (humerus) کا راس

پہلا سال	عظم کبیر (os magnum) (رسغیہ)
〃	عظم الفخذ (femur) کا راس
〃	قصبہ (tibia) کا بالائی سرا
〃	بیرونی سفینیہ (external cuneiform) (tarsus: حمارہ)
دوسرا	کعبرہ (radius) کا زیریں سرا
〃	خطاف نما (unciform) (carpus: رسغیہ)
〃	قصبہ (tibia) کا زیریں سرا
〃	شظیہ (fibula) 〃
تیسرا	ذراعیہ (humerus) کا حدیبۂ کبیر
〃	رضفہ (patella)
تیسرے سے لیکر چوتھے سال میں	اندرونی سفینیہ (cuneiform) (tarsus: حمارہ)
	شظیہ (fibula) کا بالائی سرا
چوتھا سال	طروخائے اعظم (great trochanter) (femur: فخذ)
〃	درمیانی سفینیہ (tarsus: حمارہ)
چوتھے سے پانچویں تک	زورقی (scaphoid) (tarsus: حمارہ)
〃	زند (ulna) کا زیریں سرا
پانچواں سال	حدیبہ صغیر ذراعیہ (humerus)
〃	اندرونی قندال (condyle) (humerus: ذراعیہ)
〃	مربعہ منحرفہ (trapezium) اور ہلالیہ (semilunar) (رسغیہ)
پانچویں سے چھٹے تک	کعبرہ (radius) کا بالائی سرا
چھٹا سال	زورقی (scaphoid) (carpus: رسغیہ)
ساتواں	مربعہ آسا (trapezoid) (رسغیہ)
دسواں	زند (ulna) کا بالائی سرا
بارھواں	نسنگ نما (pisiform) (رسغیہ)
تیرھویں سے چودھویں تک	بیرونی قندال (condyle) (humerus: ذراعیہ)

تیرھویں سے چودھویں تک	طروخائے صغیر (trochanter) فخذ (femur

یہ جدول یہ ظاہر کرتی ہے کہ عظمی ڈنڈیوں کا بربالوں کیساتھ اور ایک ہڈی کا دوسری کے ساتھ کب التیام واقع ہوتا ہے۔

سال حیات	بربالے اور ہڈیاں
پہلا یا دوسرا	زیریں جبڑے کا ارتفاق (symphysis)
دوسرا	جبہی درز (frontal suture) نیچے سے اوپر کو التیام ہوتا ہے ممکن ہے درز باقی رہ جائے۔
"	مقدم یافوخ (fontanelle) بھر گیا ہے۔
ساتواں یا آٹھواں سال	سرین (ischium) اور عانہ (pubis) کے فروع
۱۷ واں سال	زند (unla) کے بالائی سرے کا بربالہ
	طروخائے صغیر (فخذ femur) کا بربالہ
۱۷ ویں سے ۱۸ ویں تک	قندالوں (ذراعیہ humerus) کے بربالے
"	کعبرہ کے بالائی سرے کا بربالہ
۱۸ واں سال	طروخائے کبیر (فخذ) کا بربالہ
"	قصبہ (tibia) کے زیریں سرے کا بربالہ
۱۸ واں	عجز (sacrum) کے زیریں فقرات
	فنجان (acetabulum) کے کچھ حصوں میں التیام ہو چکا ہے
۱۹ واں	فخذ (femur) کے راس کا بربالہ
۲۰ واں سال	ذراعیہ (humerus) کے راس کا بربالہ
۲۱ واں سال	کعبرہ (radius) کے زیریں سرے کا بربالہ
	زند (ulna) کے زیریں سرے کا بربالہ
	قصبہ (tibia) کے بالائی سرے کا بربالہ
	شظیہ (fibula) کے زیریں سرے کا بربالہ

۲۴ واں سال	شظیه (fibula) کے بالائی سرے کا بربالہ
۲۵ واں سال	قص (sternum) کے دوسرے اور تیسرے ٹکڑے
	پہلے اور دوسرے عجزی (sacral) فقرات
	ترقوہ (clavicle) کا بربالہ
	فخذ (femur) کے زیرین سرے کا بربالہ
۴۰ واں	ید القص (manubrium) کا جسم قص کے ساتھ

25

باب ٦

اسالیب موت

روایتاً اور بنظر سہولت بیان کیا جاتا ہے کہ موت کا آغاز دماغ، شش اور قلب، ان تین لازمی اعضا میں سے جو زندگی کے برقرار رکھنے سے تعلق رکھتے ہیں، کسی ایک عضو میں ہوتا ہے۔ اگر ان اعضا میں سے کسی ایک میں بھی فشل العمل واقع ہو جائے تو بہت جلد دوسرے دو کے تفاعل میں بھی خلل پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر ششوں میں خون کا تہویہ کافی طور پر نہ ہو تو عرق حرکی (vasomotor) مراکز میں خراش ہوتی ہے، لہذا مجریات و موی کے تنگ ہو جانے کی وجہ سے قلب کے فعل میں رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ مزید براں غیر خالص رسد خون سے قلب کا نظام عضلی خود بھی کمزور پڑ جاتا ہے۔ اگر

قلب خون کو آگے پھیپھڑوں میں کافی فعالیت سے نہ ڈھکیلے تو مراکز تنفس بھی مشلول ہو جاتے ہیں ۔ نیز اگر کوئی خون کا تھکا لُب کے مراکز پر دباؤ ڈالتا ہو تو پھیپھڑے اور قلب دونوں بیکار ہو جاتے ہیں ۔ اگر زندگی کی آخری ظاہری علامات کو ہی مان لینا ہو تو یہ کہا جا سکتا ہے کہ قلب اور پھیپھڑے ہی وہ اعضاء ہیں جن کے وظیفہ کا اختتام حقیقتاً بدنی موت وارد کرتا ہے ۔ اس نقطۂ نگاہ سے دیکھا جائے تو موت کا سر میں شروع ہونا بیان کرنا غیر ضروری تصور کیا جا سکتا ہے ۔ تاہم یہ امر سہولت وہ ہوگا کہ بکیٹ (Bichàt) کی جماعت بندی قایم رکھی جائے ۔ اور یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ طبی قانون داں کو صرف ایسی اموات کی تفتیش سے سابقہ پڑے گا جو تشدد کا نتیجہ ہوتی ہیں مگر بسا اوقات اس کو ایسے واقعات کی تفتیش کے لئے بھی طلب کیا جائے گا جن میں موت، مرض کے سبب سے ہوئی ہو، مثلاً جب موت کا انداز یا وہ حالات جن میں موت واقع ہوئی ہو ایسے ہوں کہ فریب کاری کا شبہ ہوتا ہو ۔

موت کے تین اسالیب یہ ہیں ۔ اختناق (asphyxia)، غشیان (syncope)، قوما (coma) ۔

اختناق

(ASPHYXIA)

جب تنفسی تفاعل کی رکاوٹ ایک مخصوص حد سے تجاوز کر جائے تو اس کا نتیجہ اختناق ہوتا ہے ۔ پھیپھڑوں میں خون اور ہوا کے درمیان جو تبادلہ طبعی طور پر ہوتا رہتا ہے اس کے منقطع ہو جانے کے مختلف طریقے ہیں ۔ یعنی ۔ تنفسی عضلات کی عصبی رسد مرکزی طور پر (لب) یا محیطی طور پر [عصب ریوی معدی (pneumogastrics) عصب حاجزی (phrenics)] منقطع ہو جائے، عضلات تنفس [سٹرکینین (strychnine) یا کزاز (tetanus)] مثبت ہو جائیں، سینہ پر میکانکی دباؤ ہو، ہبوط ریوی (collapse of lungs) [استرواح الصدر (pneumothorax)]

ہوا کی گذرگاہوں میں اجسام غریبہ کی موجودگی یا ان کا بیرونی ضغطہ مثلاً گلا گھونٹنے سے مسدود ہوجانا، غرقابی، ایسی ہوا سانس میں لینا جس میں آکسیجن کی کمی ہو یا بوجہ میکانکی خراش کے (غذا کے ریزے) یا بوجہ خراش اور تشنج زبانات (Cl. SO_2) کے تشنج مسز مار، ان میں سے ہر ایک سبب بذات خود اختناق سے موت واقع کرنے کی قدرت رکھتا ہے۔

علامات۔ اختناق کا منظر تین درجوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ اول میں سانس طبعی حالت کی نسبت زیادہ گہرائی اور زیادہ سرعت اور زیادہ دقت سے آتی ہے۔ تنفس کے غیر معمولی عضلات مصروف عمل ہوجاتے ہیں اور ہوا کیلئے کشمکش زیادہ شدید ہوتی جاتی ہے۔ خون کے زیادہ وریدی ہوجانے سے مرکز تنفس میں ہیجان پیدا ہوتا ہے اور تنفس کے لئے تشدد دانہ مساعی کی جاتی ہیں۔ دوسرے درجہ میں عضلات زفیر کم فعال ہوجاتے ہیں مگر عضلات شہیق بڑے شد و مد سے انقباض کرتے ہیں اور اسی شد و مد کے ساتھ بدن کے تقریباً تمام عضلات بھی سکڑتے ہیں۔ جس سے عمومی تشنجات پیدا ہوجاتے ہیں۔ تیسرے درجہ میں عضلات تنفس مشلول ہوجاتے ہیں، پتلیاں بہت پھیل جاتی ہیں، شعور جاتا رہتا ہے اور معکوسات مفقود ہوجاتے ہیں۔ چند سانس طویل وقفوں سے آنے کے بعد کام تمام ہوجاتا ہے۔ ہیولنگس جیکسن (Hughlings-Jackson) نے اس امر کی جانب توجہ مبذول کرائی ہے کہ جب خون نہایت وریدی ہوتا ہے تو اس وقت رکبی جھٹکا (knee-jerk) غائب ہوتا ہے۔ اگرچہ اختناق کے ابتدائی درجوں میں یہ رکبی جھٹکا بہت بڑھ جاتا ہے مگر تیسرے درجے کے آنے پر یہ بالکل گم ہوجاتا ہے۔

بعد الموت مناظر۔ قلب کی دائیں جانب، شریان ریوی، ورید اجوف اور گردن کی وریدیں سیاہ وریدی خون سے ممتلی ہوتی ہیں۔ بائیں جانب بعد الموت انقباض کی وجہ سے نسبتاً خالی ہوتی ہے (جمود موتی)۔ خون جو قریب قریب سیاہ ہوتا ہے، کاربن ڈائی آکسائڈ (carbon dioxide) کی ایک بڑی مقدار پر مشتمل

برٹش میڈیکل جرنل ۱۸۹۲ء

ہوتا ہے اور اس لئے آہستہ سے ترویب پاتا ہے ۔ ہیموگلوبن تقریباً تمام ترجیع شدہ (reduced) ہوتی ہے اور معمولی وریدی خون میں آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) اور ترجیع شدہ ہیموگلوبن (hæmoglobin) کی ایک بڑی مقدار شامل ہوتی ہے ۔ [لینڈا (Landois) اور اسٹرلنگ (Stirling)] ۔

غشیان

(Syncope)

اگر دوران خون کا یکایک فشل ہو جائے تو اس سے غشیان واقع ہوتا ہے ۔ دوران خون کا فشل ، فعل قلب کے بند ہو جانے سے ہوتا ہے جس کی وجہ (قلب شحمی ، اورطی بازروی وغیرہ) مرض یا (نفسی صدمہ ، سر کی چوٹ یا معکوساً شراسیف کو چوٹ لگنے سے) امتناع کا وقوع ہوتا ہے ۔ دوران خون کا فشل ضیاعِ خون (بڑی عروق خون کے یا خود قلب کے زخم) سے وافر قے الدم سے بھی ہوسکتا ہے اور دوران خون میں سے خون کے یکایک نکل جانے سے بھی فشل ہوسکتا ہے ۔ [پیٹ پر چوٹ لگنے سے اعصاب حشوی (splanchnic) مشلول ہو جاتے ہیں شکم کی عروقی رقبہ اس قدر بڑا ہو جاتا ہے کہ باقی ماندہ نظام خون سے خالی ہو جاتا ہے]

علامات موت سے پہلے چہرے اور لبوں کی رنگت پھیکی ہو جانا ، بصارت کم ہو جانا ، ٹھنڈا اور چپچپا پسینہ آنا ؛ قریب الموت ہونے کا احساس ، مزید ہوا کی اشتہا ، بے حد اضطراب ۔ ہانپنا ، متلی ، شاید قے ، کانوں میں سنسناہٹ کی آوازیں ، ایک لمحہ کے لئے ہذیان جو جلدی غیر حاسیت میں بدل جاتا ہے اور اس کے بعد تشنج ظاہر ہوتا ہے ۔ یہ علامات سب کی سب ہمیشہ موجود نہیں ہوتیں ۔ ممکن ہے کہ سادہ غش میں صرف شعور کا فوری فقدان ، ٹھنڈی سطح اور گہری سانس کی علامات ہوں ۔ تمام اصابتوں میں نبض کمزور ، بے قاعدہ ، یا غیر محسوس ہوتی ہے ۔ وہ حالت جو کہ ہبوط کہلاتی ہے ، اگرچہ

فعل قلب کا اس میں بھی فشل ہوجاتا ہے مگر غشیان سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ مریض کا شعور قائم رہتا ہے ۔

بعد الموت مناظر ۔ جب موت، دل کی رسد خون ناکافی ہونے سے ہوئی ہے تو عضو سکڑا ہوا اور خالی پایا گیا ہے اور جب موت کا سبب قلب کا شلل ہوا ہے تو دونوں اطراف میں خون پایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جمود موتی) ۔

قوما

(Coma)

کسی ایسے سبب سے جو دماغ کو متاثر کرے، غیر حاسیت پیدا ہوجائے اور وہ غیر حاسیت موت پر منتج ہو تو موت کا سبب قوما قرار دیا جاتا ہے ۔ ذیل کے اسباب قوما پیدا کر سکتے ہیں (۱) درون جمجمی دباؤ کی افزونی یا دماغ یا اس کے دوران خون کا حرکی اختلال ارتجاج (concussion) ، نزف، رسولی، پھوڑا سدادیت (embolism) ، علقیت (thrombosis) ، جمجمہ کا منخفض کسر، (۲) اعمال التہابی (التہاب سحائی وغیرہ) (۳) دماغ میں دورہ کرنے والے خون کی غیر طبعی حالت [تسمم بولی (uraemia) ، بعض زہر افیون اور الکحل اور وہ زہر جو کہ ذیابیطس میں وہ پیچیدگی پیدا کرتا ہے جو ذیابیطسی قوما کے نام سے موسوم ہے]

27

علامات ۔ قوما کے متذکرہ صدر اسباب میں سے بہت سے اسباب ایسی علامات پیدا کرتے ہیں کہ جو ذہول کی ابتدائی شکل اختیار کرتی ہیں جس سے مریض جزئی طور پر کچھ لمحہ یا زیادہ کے لئے بیدار کیا جا سکتا ہے اور بعد میں یہ حالت بڑھ کر گہری غیر حاسیت میں بدل جاتی ہے جس سے مریض بیدار نہیں کیا جا سکتا ۔ بیان کردہ اسباب میں بعض ایسے ہیں جن سے بغیر پیشرو ذہول کے یکایک قوما پیدا ہوجاتا ہے ۔ ذہول میں منعکسات قائم رہتے ہیں یا بڑھ جاتے ہیں مگر قوما میں عموماً یا تو کم ہوجاتے ہیں یا بالکل گم ہوجاتے ہیں سیال اشیا کے نگلنے کی قوت

اور ذہول ایک ساتھ پائے جا سکتے ہیں لیکن یہ اور قوما ایک ساتھ نہیں پائے جا سکتے۔ قوما زدہ (comatose) شخص بیرونی تاثرات کا بالکل غیر حاس ہوجاتا ہے اور وہ نرم تالو کے شلل کی وجہ سے سنجیر کے ساتھ اور نیز گرانی کے ساتھ سانس لیتا ہوا بے لبس پڑ رہتا ہے۔ سطح بدن عام طور پر ٹھنڈے پسینہ سے تر ہوتی ہے، (سوائے اضرار جسر اور بعض دیگر حالات کے) تپش درجہ طبعی یا اس سے کم ہوتی ہے، نبض میں اختلاف ہوتا ہے مگر یہ اکثر بھری ہوئی اور دقت سے چلتی ہے۔ مراکز تنفس کی فعالیت فروتر ہو جانے سے سانس بتدریج گرانبار ہوتی جاتی ہے اور ہوائی گذرگاہوں میں مخاط کے اجتماع سے تنفس کی وہ شکل پیدا ہوجاتی ہے جسے "گھنگرو" (death rattle) کہتے ہیں پتلیاں پھیلی ہوئی یا سکڑی ہوئی ہوتی ہیں جو روشنی کی حاسیت نہیں رکھتیں اور ملتحمی معکوس غائب ہوجاتا ہے۔

بعد الموت مناظر۔ قوما پیدا کرنے والے امراض میں سے بعض ایسے ہیں کہ جن کا سبب امتحان کرنے سے معلوم ہو جاتا ہے۔ جو کچھ اوپر کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ قلب اور ششوں کی حالت مستقل نہیں ہوتی اور بالعموم کم وبیش اس حالت سے مشابہ ہوتی ہے جو اختناق سے واقع شدہ موت میں پائی جاتی ہے۔

ناگہانی یا غیر متوقع موت فطری اسباب سے

بسا اوقات طبی قانونی تحقیقات کا موضوع ایسی اموات ہوتی ہیں جو اچانک یا غیر متوقع طور پر فطری اسباب سے واقع ہوئی ہوں خاصکر مشتبہ حالات میں۔ بنظر سہولت اس قسم کی اموات کو تین عنوانوں کے ماتحت جماعت بند کیا جا سکتا ہے۔ (۱) ایسے مرض سے واقع شدہ اموات جس کے متعلق یہ امر ہمہ گیر طور پر تسلیم شدہ ہو کہ اس کے اچانک موت میں ختم ہوجانے کا امکان ہے اور جو عام طور پر اپنی موجودگی کا تسلی بخش بعد الموت ثبوت چھوڑ جاتا ہو۔ (۲) ایسے مرض سے واقع شدہ اموات جو موت ہونے کی صورت میں

حیات کو یکدم سے ختم نہیں کر دیتا اور جس کو اس بنا پر فوری موت کا سبب تصور نہیں کیا جاتا۔ ایسی واردانوں میں بعد الموت امتحان سے اکثر اوقات سبب موت کی فیصلہ کن علامات کی بجائے زیادہ استنباطی علامات حاصل ہوتی ہیں۔ (۳) وہ اموات جن میں کوئی قابل دریافت مرض موجود نہ ہو لہذا بعد الموت امتحان سے قطعی طور پر منفی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

ا۔ بالغوں میں فطری اسباب سے واقع شدہ ناگہانی اموات میں سے تقریباً نصف ایسی ہوتی ہیں جن کا سبب مرض قلب کی کوئی نہ کوئی شکل ہوتی ہے اور جو معتد بہ مدت تک رہ چکی ہوتی ہے۔ یہ مرض مصراعی مرض (valvular disease) اور مرض شرائین اکلیلی (disease of coronary arteries) اور قلب شحمی (fatty heart) مزمن التہاب عضلات قلب (chronic myocarditis) سے پیدا شدہ صلابت پر مشتمل ہوتا ہے۔ قلب کا ازخود انشقاق بھی واقع ہوتا ہے اور زیادہ تر مردوں میں۔ محل انشقاق قریب قریب بغیر کسی استثناء کے بائیں بطینہ کے سامنے کی جانب ہوتا ہے۔ ضربی انشقاق میں قلب کی دائیں جانب اور بالعموم اذن بائیں جانب کے مقابلہ میں ۷۰ اور ۵۴ کی نسبت سے زیادہ مبتلا ہوتا ہے۔

شیرخوار بچوں میں ناگہانی اور غیر متوقع موت کا سبب اکثر اوقات خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور یہ سبب ایسے بہت سے واقعات میں پایا گیا ہے جہاں جلد کی نیلگونی اور اختناق کی دیگر امارات سے اس بات کا شبہ ہوا ہے کہ موت بچہ کی بر افتادگی (overlying) سے واقع ہوئی ہے۔ اگر بچہ کا دوران خون پہلے سے گرانبار ہو تو تازہ ہوا کی رسائی میں نسبتہً ذرا سی مداخلت بھی مہلک ثابت ہو سکتی ہے۔ بقول اسپلسبری[1] (Spilsbury) عام ترین نقص یہ ہوتا ہے کہ مفتوح قناۃ شریانی (ductus arteriosus) بے حد کشادہ ہوتی ہے۔ بیضوی سوراخ (foramen ovale) کا مفتوح ہونا بھی خاصہ عام ہے۔

---

[1] "ناگہانی موت" پریکٹیشنر (practitioner) ۱۹۱۷ء

28

فوری اموات کے اسباب میں سے دوسرے درجہ پر سکتہ اور دیگر مماثل دماغی اضرار شمار ہوتے ہیں۔ یہ ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ شرائین دماغی کے چھوٹے چھوٹے اینورزم (aneurisms) کبھی کبھی نوجوانوں میں اور حتیٰ کہ بچوں میں بھی پائے جاتے ہیں جو خود بخود پھٹ کر سکتہ کی وجہ سے فوری موت واقع کرتے ہیں۔ مزمن الکلیت جو اسباب موت فوری میں سے ایک قوی سبب ہے، اکثر اوقات سرعت سے اختتام پانے والے دماغی اور قلبی امراض کا پیشرو ہوتی ہے۔ جب فوری موت اختناق کا نتیجہ ہو تو اس کے اسباب یہ ہو سکتے ہیں: مزمار کا اذیما (œdema) قصبۃ الریہ میں غشائی جماؤ، یا قصبۃ الریہ پر کسی بیرونی نوساخت کا دباؤ۔ تشنج احبال الصوتیہ (vocal cords)، شہقہ یا کُکڑ کھانسی (whooping cough)، دمہ (asthma)، سدادیت الریوی (pulmonary embolism) سدادیت الہوا (air embolism)، کسی رگ یا اینورزم کا پھٹ کر ہوا کی گزرگاہوں میں پھٹ جانا، استرواح الصدر (pneumo-thorax)، دم فی الصدر (hæmo-thorax)، پلوری التہابی انصباب (pleuritic effusion) اور صرع (epilepsy)۔ مندرجہ ذیل میں سے فرداً فرداً ہر ایک سریع موت واقع کر سکتا ہے: معدے یا آنت کے قرح کا پھٹ جانا، اینورزم (aneurism) یا دوالی ورید (varicose vein) یا حمل خارج الرحم (ectopic gestation) کے ماحول کا پھٹ جانا، حول الرحم میں قیلۂ دموی کا متشکل ہونا۔ ذیل کے امراض بھی غیر متوقع تیزی سے اختتام پذیر ہو سکتے ہیں: التہاب گردہ، تسمم بولی اور سکتہ، ذیابیطس، کائتر جحوظی (exoph-thalmic goitre)، ایڈیسن کا مرض (Addison's disease)۔ علاوہ بریں لبلبہ میں نزف کبھی کبھی فوری موت کا باعث ہوتا ہے۔ بظاہر اس کا سبب ہم پہلو مراکز عصبی پر دباؤ پڑنا ہے۔ یہ سب سے زیادہ عام چالیس سال سے اوپر کے مردوں میں ہوتا ہے لیکن ایک ۲۴ سالہ عورت میں بھی واقع ہو چکا ہے۔ مرض قلب، فربہی اور شراب کا ناجائز استعمال اس کے معد اسباب معلوم ہوتے ہیں، مگر بعض اوقات ایسے دبلے پتلے مجتنب اشخاص میں ہوتا ہے جو

ظاہری مرض سے مبرا ہوتے ہیں۔ کئی مثالوں میں فوری موت بڑھی ہوئی طحال کے ازخود پھٹ جانے سے واقع ہوئی ہے جو منطقہ حارہ کے ملیریائی اثرات کا نتیجہ ہوتی ہے اور اس کے پھٹنے سے ذرا پہلے مریض بظاہر بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طحال محض ہاتھ کی ہتھیلی کی تھپک ہی سے پھٹ جائے اور موت جو اس طرح سے واقع ہو وہ تشدد مجرمانہ کی طرف منسوب کی جائے۔ ذیل کے بعض امراض ہیں یہ ممکن ہے کہ سخت باحتیاط امتحان بعد الموت کے باوجود سبب موت معلوم نہ ہو: مثلاً احبال الصوتیہ کے تشنج شہقہ (whooping cough)، اور دمہ (asthma) میں۔ ممکن ہے کہ صرع اپنے انبیازی مناظر باقی چھوڑے یا نہ چھوڑے جو یہ ہیں: زبان کا تازہ تضرر، ملتحمہ اور چہرہ اور گردن اور گاہے گاہے دھڑ پر نیلاہٹ (ecchymoses)۔

۲۔ بعض امراض ایسے ہیں جو مہلک ہونے کی صورت میں بالعموم فوری اختتام نہیں پاتے مگر استثنائی طور پر ایسا کرتے ہیں اور وہ یہ ہیں: دماغ کے پھوڑے اور رسولیاں، ڈفتھیریا (diphtheria)، التہاب قصبتہ الریہ (tracheitis)، التہاب اسحیہ (meningitis)، بڑھا ہوا غدہ درقیہ، سکتہ الریوی (pulmonary apoplexy)، ذات الریہ (pneumonia)، دق (phthisis)، استرواح الصدر (pneumothorax)، ذات الجنب (pleurisy)، التہاب درون قلبی تقرحی (ulcerative endocarditis)، التہاب غلاف القلب التصاقی (adherent pericarditis)، تلافیف الامعا (volvulus) اور حاد معائی انسداد کے دیگر اسباب (acute intestinal obstruction)، التہاب باریطون (peritonitis)، قولنج حصاۃ صفراوی (gallstone colic)، جگر یا کسی اور مقام کے دودہ کیسیہ (echinococcuc) کا انشقاق، انفلوئنزا (influenza)، نقرس (gout)، روماٹزمی تپ (rheumatic fever)، برائٹ (Bright) کا مرض۔ جب یہ امراض پورے طور پر نمو پا جائیں تو عموماً نقل وحرکت میں مانع ہوتے ہیں مگر بعض اوقات خفی یا انتقالی (ambulatory) شکل میں پیدا ہو کر یکایک خاتمہ کر دیتے ہیں اور ان کی موجودگی کا شک تک نہیں ہوتا۔

الیویر[1] (Ollivier) ایک ایسے شخص کا واقعہ درج کرتا ہے جو اتنائے کار میں علیل ہوا اور بستر پر لیٹنے کے بعد ۴ گھنٹے میں مرگیا۔ امتحان کے موقعہ پر سبب موت التہاب سحائی قیحی پایا گیا۔ بالخصوص بچوں میں، درمیانی کان کے دیرینہ مرض کے باعث التہاب سحائی قیحی سے غیر متوقع موت واقع ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے حاد مرض جس رفتار سے موت کی طرف ترقی کرتا ہے وہ انتہا درجہ تیز ہو۔ سٹراسمین[2] (Strassmann) نے دو نوجوان عورتوں کی لاشوں کا امتحان کیا۔ بستر پر جانے کے وقت ان کی طبیعت بہت ٹھیک نہیں تھی اگرچہ وہ دن میں اپنا معمولی کام بھی کرتی رہی تھیں۔ دوسرے دن بستر پر مردہ پائی گئیں اور موت کا سبب ڈفتھیریائی (diphtheritic) بخار پایا گیا جو سرعت سے قصبتہ الریہ میں نیچے پھیل گیا تھا۔ ڈفتھیریا (diptheria) فشل قلب کے باعث درجہ نقاہت میں بھی غیر متوقع موت کا موجب ہو سکتا ہے۔ فشل القلب ڈفتھیریا کے ایسے خفی حملے کے بعد بھی ہو سکتا ہے جو نظر انداز ہو چکا ہو۔ چنانچہ گتھری[3] (Guthrie) نے ایک دو سالہ لڑکی کا معائنہ کیا جو فشل قلب کے باعث یکایک مرگئی اور اس لڑکی کو ڈفتھیریائی التہاب فرج تھا۔ اس طرح کے حملے اور حتی کہ وہ حملے جو بلعموم پر اثر انداز ہوتے ہیں کئی اصابتوں میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ڈفتھیریا کے بعد دائیں بطینہ میں تھکا بن کر سدادیت کی وجہ سے فوری موت واقع ہو جائے۔

جب بڑھا ہوا غدہ درقیہ ناگہانی موت کا سبب ہوتا ہے تو اس وقت عموماً نہایت ہی بیش پرورده ہوتا ہے۔ بعض اوقات کسی دوبرہ میں نزف واقع ہوجاتا ہے اور اس دباؤ میں جو پیشتر کسی طرح بھی مہلک بہر پیدا نہ کر سکتا، اضافہ ہو کر سرعت سے حبس دم پیدا ہو جاتا ہے۔ حبس دم سے

[1] Arch. gen. de Med., T. I. Serie 3e.

[2] Lehrbuch d. gericht. Med.,1895.

[3] The Lancet 1894

واقع ہونے والی موت کے کچھ استثنائی اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔ ایک آدمی معمولی
تندرستی کی حالت میں بالکل اچانک مرگیا۔ اور امتحان پر اس کے بائیں شعبہ
میں ایک چھ انچ لمبا کینچوا پایا گیا اور حبس دم کی امتیازی امارات بھی موجود
تھیں۔ اس کی ایک اور مثال وہ واقعہ ہے جو کہ صفحہ 177 پر بیان کیا گیا ہے۔
یہ بھی ہو سکتا ہے کہ معدہ کے مشمولات قے ہو جائیں اور ان کا کچھ جز ہوا کی
گزرگاہوں میں کشش ہو کر فوری موت کا سبب ہو۔ مثالوں کے لئے ملاحظہ ہو
صفحہ 176۔

ممکن ہے کہ ذات الجنب بالانصاب کسی آدمی میں سانس میں حقیقی
مداخلت کئے بغیر موجود ہو جو حسب معمولی چل پھر رہا ہو اور ذراسی مشقت
یا خفیف سی ضرب سے یا ان دونوں کے بغیر ہی فی الفور مرجائے۔ برورڈل[۱]
(Brouardel) ایک پولیس کے جوان کا واقعہ بیان کرتا ہے کہ وہ حبس
آدمی کو گرفتار کر رہا تھا، اس کی مشت سے اس کی چھاتی پر گھونسہ لگا اور
وہ گر پڑا اور مرگیا۔ دایاں پلوری کہفہ سیال سے لبریز پایا گیا۔ مگر موت کی کوئی
اور نشانی موجود نہ تھی۔ ذات الجنب بالانصاب میں محض تبدیل نشست سے
جیسے بستر پر سے اٹھنے پر یا امتصاصی (aspirating) سوئی کے پلوری کہفہ
میں گذرنے سے ناگہانی موت کا سخت خطرہ لاحق ہو جاتا ہے اور موت
یا تو فوراً ہی یا کچھ ساعت کے وقفہ کے بعد واقع ہو جاتی ہے، حالانکہ بحران
مناظر کے جو مرض کے معمولی ممرکی تکمیل سے پیدا ہوتی ہیں کوئی بعد الموت مناظر
موجود نہیں ہوتے ہو سکتا ہے کہ ذات الریہ خفی ہو اور بہت ہی ناگہانی موت کا موجب
ہو۔ اسٹراسمین[۲] (Strassmann) ایک پنجاہ سالہ شخص کا واقعہ بیان کرتا ہے جو
کسی دفتر تسجیل میں مزدوری کے متعلق دریافت کر رہا تھا کہ اسی اثنا میں وہ
گر کر مرگیا۔ امتحان پر دائیں پھیپھڑے کا بالائی لخت تمام تر تکبد رمادی

[۱] La mort et la mort subite, 1895

[۲] Lehrbuch d. gericht. Med. 1895.)

ذات الریہ (grey hepatisation) کی حالت میں پایا گیا۔ معمر لوگوں میں پوشیدہ ذات الریہ اکثر اوقات ناگہانی موت کا سبب ہوتا ہے۔ حالانکہ مریض بظاہر موت کے دم تک معمولی طور پر باصحت رہتا ہے۔ امتحان بعد الموت پر بجز ان تشریحی تغیرات کے جو مرض کی معمولی اصابتوں میں مشترکہ طور پر پائے جاتے ہیں کچھ معلوم نہیں ہوتا۔ اگر معدہ حد سے زیادہ بھرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ کسی ایسے مرض میں فوری موت کا سبب ہو جو شاذ و نادر ہی اس طرح ختم ہوتی ہے۔ اسٹرجز (Struges) اور ولکنز (Wilkins)[1] نے ایک ہفت سالہ لڑکے کا واقعہ بیان کیا ہے جس کی صحت بظاہر اچھی تھی۔ اس نے پیٹ بھر کر کھانا کھایا اور بعدازاں کرکٹ کے کھیل میں ڈیڑھ گھنٹہ تک مشغول رہا۔ پھر اسکول کی طرف دوڑا اور بیہوش ہوکر گر پڑا اور اسی دم مرگیا۔ امتحان بعد الموت پر تازہ التہاب غلاف القلب کا تہاضر پایا گیا۔ ناگہانی موت کے اکثر واقعات میں شکار موت اس گھڑی کسی نہ کسی شکل کی جسمانی مشقت کر رہا ہوتا ہے مثلاً تھکانے والا کھیل کھیلنا، ریل گاڑی کے لئے دوڑنا، زینہ چڑھنا، پاخانہ کرنا، یا مجامعت میں مشغول ہونا۔

ایک واقعہ جسے ریک[2] (Rake) نے درج کیا ہے حاو سدادیت الامعا سے واقع شدہ ناگہانی موت کی مثال پیش کرتا ہے۔ ایک پنجاہ سالہ طاقتور شخص باغبانی کر رہا تھا۔ کہ اس پر قے اور دردشکم کا حملہ ہوا اور وہ دو گھنٹہ میں مرگیا۔ امتحان لاش پر قولون مستعرض کا التفاف (volvalus of the transverse colon) پایا گیا۔ اغلب ہے کہ موت شمسی ضفیرہ (solar plexus) میں اختلال کا نتیجہ تھی۔ بعض اوقات خفی یا انتقالی تپ محرقہ (typhoid) میں آنت کا قرحہ پھٹ جاتا ہے مگر اس مرض میں ناگہانی موت قرح کے پھٹنے کے بغیر بھی واقع ہو سکتی ہے۔ جو عموماً تیسرے ہفتے کے آغاز میں بظاہر سریع یا فوری امتناع قلب کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

---

[1] The Lancet 1885.

[2] The Lancet, 1889.

ڈی ویور[1] (Dewevre) نے اعداد جمع کئے ہیں جن سے معلوم ہوتا ہے کہ تپ محرقہ سے واقع شدہ ناگہانی موت بیس اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان اپنے عدد اعظم کو پہنچتی ہے اور ذکور میں بہ نسبت اناث کے زیادہ عام الوقوع ہوتی ہے۔ بچوں میں ناگہانی موت تپ محرقہ کے ابتدائی درجے میں ہوسکتی ہے یعنی عین اس وقت جبکہ معائی جرابیں (intestinal follicles) متورم ہونا شروع ہوتی ہیں۔

گاہے مرض برائٹ، حاد یا مزمن دونوں قسم کا ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے قطع نظر اس کے کہ قسمم بولی پاکتہ واقع ہو۔ ترقی یافتہ انقباضی گردہ کے مرض میں ناگہانی موت واقع ہوسکتی ہے، بغیر اس کے کہ دماغ یا کسی اور جگہ میں موت کی علت غائی کی کوئی بعد الموت نشانی پائی جائے۔ گاہے گاہے ناگہانی موت مسن لوگوں میں ہوجاتی ہے جو نقرس میں مبتلا ہوں یا حد سے زیادہ فربہ ہوں مگر موت کے حقیقی سبب کا کوئی بعد الموت ثبوت نہیں ملتا کش[2] (Kisch) نے فربہ اشخاص میں ناگہانی موت کے ۲۷ واقعات درج کئے ہیں۔ اس موت کا سبب ۱۲ میں ششوں کا حاد اذیما چھ میں نزف اور ایک میں انشقاق قلب تھا۔ سات اشخاص پچاس سے کم عمر کے اور گیارہ اشخاص اس سے زیادہ عمر کے تھے پندرہ مرد تھے اور چار عورتیں۔ رثیتی تپ (rheumatic fever) میں شدتِ تپ (hyperpyrexia) کی اصابتوں سے قطع نظر بھی کرلیں تو بھی اس سے ناگہانی اور غیر متوقع موت واقع ہوسکتی ہے۔

معدمات حس کے زیر اثر واقع شدہ اکثر اموات میں موت کا سبب وہ مرضیاتی حالت ہوتی ہے جس کی وجہ سے معدم حس دینے کی ضرورت پڑی ہو۔ ان اموات میں خبیث ساختوں نے بڑھ چڑھ کر حصہ لیا ہے

[1] Arch. gen. de Med., 1887.

[2] Berliner klin. Wocnenschr, 1886.

اکثر اوقات مریض اس قدر علیل ہوتا ہے کہ یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ معدم حس نے موت واقع کرنے میں بہت ہی کم حصہ لیا ہوگا۔ لیکن اس قسم کی اموات کی متعدد مثالوں میں جن میں جراحتی عملیہ یا مرضیاتی حالت اس قدر شدید تھی کہ اس کو سبب الموت قرار دیا جائے۔ بعد الموت امتحان پر ایک حالت پائی گئی ہے جو حالتِ لیمفاوی (status lymphaticus) کے نام سے موسوم ہے۔ دوران حیات میں یہ خرابی عموماً غیر مشتبہ رہتی ہے اور غدہ تھائمس (thymus) کی بقا اور جسم کے مختلف حصص میں لمفاسا بافت کی افزونی اس کی امتیازی خصوصیت ہے۔ طحال اور لمفی غدد بڑھ جاتے ہیں۔ اور قلب میں بالعموم شحمی نوعیت کے انحطاطی تغیرات نظر آتے ہیں۔ اسپلسبری[1] (Spilsbury) نے معدمات حس کے زیر اثر واقع ہونے والی ۱۸۳ اموات کا تجزیہ کرنے پر ۴۸ واقعات میں لمفاوی حالت (status lymphaticus) دیکھی ہے اور اس نے دیگر عام معدمات حس کی بہ نسبت کلوروفارم (chloroform) کے زیر اثر واقع شدہ اموات کی تعداد بہت زیادہ پائی ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ حالیہ سالوں میں معدمات حس کے زیر اثر واقع شدہ اموات کی تعداد میں جو تخفیف ہوئی ہے اس کی وجہ کلوروفارم کی جگہ ایتھر (ether) کا وسیع استعمال ہے۔ مختلف مصنفوں نے بہر (dyspnea) کی ایک حالت بیان کی ہے جو بڑھے ہوئے تھائمس غدہ کے دباؤ سے پیدا ہوتی ہے مگر تھرسفیلڈ[2] (Thursfield) کے نزدیک ایسے واقعات بہت ہی شاذ ہوتے ہیں اور اس کا خیال ہے کہ بڑھے ہوئے تھائمس غدہ کی بہ نسبت عمیق غدود کی کلانی کا دباؤ ایک سبب ہونا زیادہ ممکن امر ہے اور اس نے اس بات کے ماننے کے لئے دلائل پیش کئے ہیں کہ اکثر واقعات میں دباؤ کے علاوہ کوئی اور عامل موت کا سبب ہوتا ہے۔

۳۔ اگر ناگہانی موت میں بعد الموتی آثار نہ پائے جائیں تو اکثر اوقات

---

[1] Berliner klin. Wochenschr, 1886.

[2] Transactions of the Royal Society of Medicine.

یہ موت کسی ایسے بیرونی صدمہ کا نتیجہ ہوتی ہے جو (ا) بلا واسطہ یا (ب) بالواسطہ نظام پر اثر انداز ہوا ہو۔

(ا) ایسے متعدد واقعات درج ہیں کہ کوئی شخص انتہائی ذہنی تحرک کی حالت میں ہوتے ہوئے محض ایک نفسی ہیجان کی وجہ سے دفعتًہ مر گیا ہے۔ مارچل[۵۱] (Marchal) بیان کرتا ہے کہ کسی فوجی قیدی کو ہسپتال میں منتقل کیا گیا تھا۔ جب طبیب اس کے سابقہ چال چلن کا بیان پڑھ رہا تھا تو اس اثنا میں قیدی جسے جیل میں واپس بھیجے جانے کا انتہائی خوف لاحق تھا، سخت اضطراب کی حالت میں دیکھا گیا۔ وہ یکایک پیچھے کی جانب گر کر مر گیا۔ امتحان لاش پر دماغی اسحیہ کے احتقان کے سوا کوئی ضرر موجود نہ تھا۔ [ملاحظہ ہوں وہ واقعات بھی جو صفحہ 254 پر مشکا (Maschka) اور ٹمپل مین (Templeman) سے نقل کئے گئے ہیں] ایسی موت جیسی کہ ان واقعات میں ہوتی ہے عمومًا مرض قلب کی طرف منسوب کی جاتی ہے، مگر ان اموات میں جو مرض قلب کا نتیجہ ہوتی ہیں اور ان اموات میں جو مراکز عصبی کے انتہائی اختلال سے ایسے قلب کا امتناع واقع کر دیتی ہیں جس میں مرض کا کوئی شائبہ نہیں ہوتا امتیاز کرنے کی ضرورت ہے۔ موت کے بعد ایک مشتبہ قلب میں مرض کے ثبوت کی تلاش کرتے وقت یہ ذہن نشین رکھیں کہ شرائین اکلیلی کے منہ پر اتھروما (atheroma) کا موجود نہ ہونا یا ان کے منہ کا تنگ نہ ہونا ذبحہ (angina) کو سبب کی حیثیت سے خارج از بحث کرنے کیلئے کافی نہیں ہے۔ یہ ضروری ہے کہ شرائین اکلیلی کو ان کی تمام لمبائی میں کھول دیا جائے کیونکہ ہو سکتا ہے کہ مقام انسداد فم سے کچھ فاصلہ پر ہوا اور فم بجائے خود بالکل مفتوح ہو۔

31

(ب) نظام عصبی پر جب کوئی بیرونی صدمہ بلاواسطہ اثر انداز ہوتا ہے تو کسی ایسی خفیف طبیعی فکر یا تضرر کے ذریعہ ہوتا ہے جو بنفسہ موت واقع کرنے کے لئے ایک بالکل ناکافی سبب ہوتا ہے مگر چونکہ یہ امر شدت خوف

۵۱ Bonin, De da mort subite.

یا انتہائی وحشت کے دوران میں واقع ہوتا ہے لہٰذا اس سے ممکن ہے کہ فعل قلب کا یکایک کامل طور پر امتناع ہو جائے یا یہ فعل بعض مثالوں میں صد درجہ پست ہو جائے آخر الذکر حالت میں ممکن ہے کہ اس علتی واقعہ کے پیش آنے کے بعد موت کئی گھنٹے تک وقوع پذیر نہ ہو۔ اس کی مثال ذیل کے واقعہ سے ملتی ہے جیسے بونس[1] (Beaunis) نے بیان کیا ہے۔ ایک آدمی پر جو جنگلی چوپایوں کے شکار میں مشغول تھا ایک چیتا جھپٹ پڑا۔ چند عربوں نے جو پاس کھڑے تھے اس چیتے کو فوراً گولی سے مار ڈالا۔ مجروح کا معاینہ کرنے سے معلوم ہوا کہ چیتے کے پنجوں سے شانہ پر صرف چھچھے ہوئے زخم آئے ہیں مگر یہ اس قدر خفیف ہیں کہ ان سے خون تک نہیں ٹپکتا۔ یہ شخص سخت وحشت زدگی کی حالت میں پڑا رہا حتیٰ کہ دوسرے دن مرگیا۔ امتحان بعد الموت پر ایسا کوئی ضرر نہ پایا گیا جس سے موت کی توجیہہ ہو۔ نشانات پنجہ بالکل اوپری تھے۔ ایک اس سے بھی عجیب تر واقعہ جو ہندوستان میں پیش آیا فرانسس[2] (Francis) نے درج کیا ہے۔ ایک شخص کو اس احساس نے نیند سے بیدار کر دیا کہ اس کی برہنہ ٹانگوں پر کوئی شئے رینگ رہی ہے۔ چونکہ اسے سانپوں کا شدید خوف رہتا تھا وہ یہ سمجھا کہ کوئی ناگ ہے اس سے اس پر غشی طاری ہو گیا اور وہ چھ گھنٹے میں مرگیا موت واقع ہونے سے بیشتر یہ معلوم ہو گیا کہ اس کے خوف کی وجہ ایک بے ضرر چھپکلی (lizard) ہے۔ لیکن مریض اس شدت سے مہبوط ہوا کہ وہ صحتیاب نہ ہو سکا فی الحقیقت محض چھونے سے فوری مہلک اثر کے پیدا ہونے کی مثال ہمیں اس واقعہ سے ملتی ہے جو ڈوپیٹرین[3] (Dupuytren) کو پیش آیا۔ وہ ایک لڑکے پر لتھاٹومی کا عملیہ کرنا چاہتا تھا، جب اس نے ناخن انگشت کو عجان پر پھیر کر طلبا پر مجوزہ شگاف کے خط کا مظاہرہ کیا تو وہ لڑکا یکایک گر کر مرگیا۔ ایک

---

[1] Vincent, Des causes de la mort prompte.

[2] Med. Press and Circ; 1888.

[3] Nussbaum, Uber Unglucke in der Chirurgie

سرجن کسی موٹی تازی عورت کے مثانہ کا امتحان بذریعہ قثاطیر (catheter) کر رہا تھا اگہ اس اثنا میں عورت نے آنکھیں بند کیں اور ایکدم سے مرگئی۔ بان دے لاٹ[ا] (Bonvalot) نے بیان کیا ہے کہ مجرمانہ اسقاط حمل واقع کرنے کی غرض سے ایک عورت کے فم الرحم میں پچکاری کا قنولچہ (canula) داخل کیا گیا۔ قبل اس کے کہ سیال کا کچھ حصہ مُشرب ہو وہ عورت پیچھے گری اور چند لمحوں میں مرگئی۔ بہت سے واقعات ایسے بھی درج ہیں کہ ناگہانی موت کا وقوع عین درون رحمی اشراب کی اثنا میں ہوا۔ اسپلز بری[ع] (Spilsbury) نے ایک چشم دید واقعہ کے متعلق ذیل کی تفصیل دی ہے۔

ایک نوجوان شادی شدہ عورت جو ایک بچہ جن چکی تھی ایک شام کو ½ ۱ گھنٹہ تک گھر میں اکیلی رہ گئی۔ جب خاوند واپس آیا تو اس نے دیکھا کہ وہ شبخوابی کے کپڑوں میں خوابگاہ کے فرش پر پشت کے بل مردہ پڑی ہے۔ چادر پر جو اس کے نیچے فرش پر بچھی ہوئی ہے ایک حقنہ کی نلکی پچکاری ہے جس کا ایک سرا پڈنگ بیسن (pudding basin) میں ہے۔ یہ بیسن (basin) صابن کے ایک مرتکز محلول سے جو ٹھنڈا ہو کر جم گیا ہے نصف پُر ہے۔ اس قسم کے صابن کا محلول پچکاری کے جوفہ (bulb) میں بھی ہے۔ دوسرا سرا خون آلود تھا اور اس کی ٹانگوں کے درمیان پڑا تھا۔ بعد الموت امتحان پر وہ ایک تندرست عورت پائی گئی جس کو تقریباً ½ ۲ ماہ کا حمل تھا عنق الرحم قدرے متسع تھی اور اس کے بیرونی فم کے اردگرد متعدد چھوٹی چھوٹی دریدگیاں تھیں رحم کے اندر ایک مکمل بیضہ موجود تھا مع اغشیہ کے جو مشقوق نہ تھے، مگر پچھلی سطح پر کچھ دُور تک دیوار سے جدا شدہ تھے اور درمیانی جگہ میں صابن کا محلول بھرا ہوا تھا۔ کوئی شدید تضرر نہیں لگا تھا۔ ناگہانی موت کا سبب وہ صدمہ تھا جو اسقاط حمل واقع کرنے کی غرض سے رحم میں سیال داخل کرنے سے ہوا تھا۔ شہادت سے یہ امر ثابت نہ ہو سکا کہ اس کو کسی اور شخص نے بھی ارتکاب جرم میں مدد دی تھی۔

32

ا Annales d' Hygiene 1892.

ع In the works cited.

دو اور بہت ہی مماثل واقعات ہیں جن کے متعلق اسی طبیب نے ذکر کیا ہے بیرونی فم الرحم میں تھوڑا سا اتساع موجود تھا مگر رحم کے اندر سیال کا اشراب نہیں کیا گیا تھا۔

ایک سے زیادہ موقعہ پر ایسا ہوا ہے کہ عورتیں سادہ اصبعی فرجی امتحان مہبلی کرنے پر یکایک مرگئی ہیں۔ بروروڈال[a] (Brouardel) نے ایسا ہی ایک واقعہ ہسپتال میں دیکھا اور اس نے بیان کیا ہے کہ مجھے دو اور واقعات کا بھی علم ہے جو اطبا کے مطب میں پیش آئے۔ یہ ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ مثانہ مجری البول اور اعضاء تناسل جسم کے ان حصص میں داخل ہیں، جن کو یکایک چھیڑیں یا دبائیں تو امتناع قلب کی وجہ سے ناگہانی موت وارد ہو جانے کا استثنائی (exceptional) خطرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس قسم کے دیگر حصص یہ ہیں: ناک کی گذرگاہیں، حنجرہ، شراسیف (epigastrium) [ملاحظہ ہو لینسٹ، ۱۸۹ (Lancet, 1897) میں وہ مضمون جو کہ مصنف نے ناگہانی موت پر لکھا ہے]۔

باب

امارات موت، اور مرنے کے بعد تغیرات جسمانی

تنفس اور دوران خون کے ساتھ ساتھ جو حرکات واقع ہوتی ہیں حیوانی زندگی کی موجودگی کی دو بدیہہ ترین علامات ہیں۔ اگر قلب اور پھیپھڑوں کی حرکات کی امارات موجود ہوں تو ظاہر ہے کہ موت واقع نہیں ہوئی۔ اگر پھیپھڑے کام کرنا موقوف کر دیں تو ہو سکتا ہے کہ اس کے بعد قلب کئی منٹوں تک حرکت کرنا جاری رکھے اور یہ بھی اس امر کی قطعی دلیل ہے کہ موت واقع نہیں ہوئی جب قلب اور پھیپھڑے دونوں کام کرنا موقوف کر دیتے ہیں تو کچھ مدت تک بافتوں میں حیویت

---

[a] La morte et la morte subite, 1895.

باقی رہتی ہے اور اس مدت میں حتمی طور پر کہنا مشکل ہے کہ یہ شخص مر گیا ہے۔ یہ اجزا کی باقی ماندہ حیویت ہی کی وجہ سے ہے کہ ان بڑے بڑے تفاعلوں کے عارضی تعطل کے بعد بھی جو زندگی کو برقرار رکھتے ہیں اس وجود میں جو ان اجزاء کا مجموعہ ہے احیاء کی استعداد باقی رہتی ہے۔ اگر قلب مستقل طور پر حرکت کرنا موقوف کر دے تو بافتوں کی حیویت بتدریج کم ہو جاتی ہے حتیٰ کہ آخر میں ایک ایسا درجہ آجاتا ہے جبکہ موت مطلق اور کلی ہو جاتی ہے۔ جب یہ درجہ آجائے تو اس وقت احیا غیر ممکن ہوتا ہے مگر اس سے پیشتر غیر ممکن نہیں ہوتا۔

طبی قانون داں کے لئے یہ نہایت ضروری ہے کہ وہ نظامی یعنی بدنی اور بافتی یعنی سالماتی موت کے امتیاز کو بخوبی سمجھ لے۔ مثلاً عمیق غشیان میں موت کے تمام ظاہری مناظر موجود ہوتے ہیں مگر دل کا تفاعل پھر جاری ہو جائے تو مریض صحتیاب ہو جاتا ہے۔ اس سے یہ لازم آتا ہے کہ موت کے بعد کے مظاہر کا بڑے غور سے مطالعہ کرنا چاہئے تاکہ ظاہری اور حقیقی موت میں امتیاز کیا جا سکے۔

اس امر کے متعلق رائے قایم کرنے میں کہ آیا قلب اور پھیپھڑے کام کرنا چھوڑ چکے ہیں یا نہیں ہمیں استماع (auscultation) سے مدد ملتی ہے بشرطیکہ یہ احتیاط سے انجام دیا جائے اور حسب ضرورت تھوڑے تھوڑے وقفہ کے بعد اس کا اعادہ کیا جائے۔ تحقیقات کے دوران میں مکمل سکوت قایم رکھنے کی ضرورت ہے اور یہ تحقیقات بڑے غور و خوض کے ساتھ انجام دینی چاہیئے۔ اگر طبیب غلطی سے یہ فیصلہ دے دے کہ موت واقع ہو گئی ہے تو اس کی اس غلطی کی ایسی بدیہی طور پر تردید ہو سکتی ہے کہ جس سے اس کی نیک نامی کو نقصان پہنچتا ہے اور جو امر کہ اس سے بھی ہزار درجہ اہم تر ہے وہ یہ ہے کہ اس قسم کی لغزش ایک ایسی غلطی کا موجب ہوتی ہے جو تمام غلطیوں سے زیادہ مہیب ہے یعنی ایک زندہ انسان سے ایسا سلوک کرنا گویا کہ وہ مردہ ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے متعدد کاشفات تجویز کئے گئے ہیں کہ دوران خون بند ہو گیا ہے یا نہیں۔ مثلاً مزعومہ مردہ شخص کے ہاتھوں کا منتقل روشنی سے معائنہ کرنا، اس لئے کہ دوران حیات میں انگلیوں کے کنارے سرے اور

جھلیاں سرخ اور نیم شفاف نظر آتی ہیں مگر موت کے بعد اپنے کناروں تک غیر شفاف نظر آتی ہیں۔ اگر ایک انگلی میں رسی کا ٹکڑا باندھ دیا جائے تو اس انگلی کا بعید سرا متورم اور نیلی سی سرخ رنگت کا ہو جاتا ہے بشرطیکہ دوران خون جاری ہو، لیکن اگر یہ بند ہو گیا ہو تو کچھ اثر پیدا نہیں ہوتا۔ اکارڈ[1] (Icard) نے یہ تجویز کیا تھا کہ زیر جلدی طور پر ایک محلول کا اشراب کیا جائے یہ فلوریسین (fluorescin)(resorcin-phthalein) سوڈیم بائی کارب (sodium bicarbonate) ایک ایک گرام مقدار پر اور ۸ مکعب سنٹی میٹر پانی میں حل ہو مشتمل ہو اگر دوران خون جاری ہو تو پوری جلد اور مخاطی اغشیہ چند ہی لمحوں میں زردی مائل سبز رنگ اختیار کر لیتے ہیں اور فلوریسین (fluorescin) کو خون میں اس طرح شناخت کیا جا سکتا ہے کہ روئی کے چند دھاگے زیر جلدی طور پر (مقام اشراب سے کچھ فاصلے پر) داخل کر دیے جاتے ہیں اور پھر ان کو نکال لیا جاتا ہے۔ زاں بعد تھوڑے سے پانی میں جوش دینے پر ایک زرد رنگ کا محلول حاصل ہوتا ہے۔ اگر دوران خون بند ہو گیا ہو تو ایسے اثرات پیدا نہیں ہوتے۔

بدنی موت کے وقوع کے بعد یعنی جب تنفس اور دوران خون مستقل طور پر بند ہو چکا ہو چند مظاہر ایک واضح ترتیب کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں اور ان مظاہر میں سے اکثر میں کچھ وقت صرف ہوتا ہے جو اگرچہ اختلاف پذیر ہے تاہم محدود ہے۔ لہذا اگر یہ تحقیق ہو جائے کہ یہ مظاہر کس درجہ تک پہنچ چکے ہیں تو اس سے اس وقفے کے اندازہ لگانے کا موقعہ ملتا ہے جو موت اور وقت تفتیش کے مابین گذر چکا ہے۔ یہ مظاہر سالماتی موت کے وقوع کا ظہور ہیں۔ ان مظاہر کی ابتدا کی سرعت ایک حد تک ان حالتوں پر منحصر ہے جو اس حیوی توانائی کی مقدار کو متاثر کرتی ہیں جس سے کہ بافتیں بدنی موت سے فوراً پیشتر بہرہ مند ہوتی ہیں یہ حالتیں بیماری، زہر، شدید ورزش اور دیگر خستہ کرنیوالے اثرات پر شامل ہیں۔ اگر ان بافتوں میں بدنی موت کے وقت حیویت پست ہو تو یہ بافتیں سالماتی موت سے سرعت سے مغلوب ہو جاتی

[1] La Mort reele et la Mort apparente, 1897.

ہیں اور متوالی مظاہر کا سلسلہ جلدی سے واقع ہوتا ہے۔ اگر برخلاف اس کے وقوع موت کے وقت وہ اپنی پوری فعالیت میں ہوں تو ان اعمال کی آمد کی جو حقیقت میں تحلیل کے پیشرو ہیں مدافعت کرتی ہیں۔

دوران خون اور تنفس کا انقطاع

بدنی موت کے وقت کالبدی عضلات (skeletal) اپنی تنش کھو دیتے ہیں اور مسترخی ہو جاتے ہیں اور اگر بوقت موت جسم اضطراعی وضع پر ہو تو تنش کا اعدام فی الفور عمل میں آتا ہے۔ زیرین جبڑا گر جاتا ہے۔ آنکھوں کے پپوٹے جزوی یا کلی طور پر کھلے رہ جاتے ہیں اور جوارح خم پذیر ہوتے ہیں۔ چہرے کی تشنی ہوئی شکل وصورت [یعنی منظر بقراطی (facies hippocratica)] جو موت کے وقت اکثر دکھائی دیتی ہے اب کم وبیش ایک پرسکون بشرے میں تبدیل ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے اکثر اوقات پاس کھڑے ہوئے لوگ کہہ اٹھتے ہیں کہ متوفی کا روپ اس روپ سے ملتا جلتا ہے۔ جو اس کی جوانی میں ہوا کرتا تھا (یہ اکثر ان اشخاص کی صورت میں ہوتا ہے جو درمیانی عمر سے اوپر ہوں اور بہت لاغر بھی نہ ہوں) اس وجہی صورت کی تبدیلی کی وجہ یہ ہے کہ عضلات کا استرخاء خط و خال کی واضح ہیئت کو ہموار بنا دیتا ہے۔ آنکھوں کی چمک فوت ہو جاتی ہے اور ان میں ایک عجیب وحشتناک ٹکٹکی لگ جاتی ہے جو موت ہی سے مختص ہے۔ بوقت موت پتلیاں پھیل جاتی ہیں اور روشنی کی مجیب نہیں ہوتیں۔ مارشل[1] (Marshal) کہتا ہے کہ موت کے بعد پتلیاں ایک سے لیکر ۴۸ گھنٹے کی اختلاف پذیر مدت تک سکڑتی رہتی ہیں اور یہ کہ ایٹروپین (atropine) موت کے بعد پتلیوں کو پھیلاتی ہے بعض صورتوں میں ۴ گھنٹے بعد تک۔ اور نیز یہ کہ اسرائن (eserine)

[1] The Lancet, 1885.

پتلیوں کو سکیڑتی ہے، مگر موت سے اتنی مدت بعد تک نہیں۔ بدن کی سطح مونہوں سمیت زرد پڑ جاتی ہے۔ مگر گلفام آدمیوں کا رنگ موت سے بعد بہت دن تک قائم رہتا ہے۔ موت سے ۱۰ یا بارہ گھنٹے بعد مقلات العین مجوف ہو کر دھنس جاتے ہیں اور مسترخی ہو جاتے ہیں حتیٰ کہ اگر قرنیہ (cornea) کو ناخن انگشت یا کسی اور سخت شئے سے دبائیں تو پیدا شدہ گڑھا بدستور قائم رہتا ہے۔

34

بعد الموت تبرید

موت اس امتیاز کو جو ذی حیات اور غیر ذی حیات مادہ کے درمیان پایا جاتا ہے، زائل کر دیتی ہے اور اسی وجہ سے انسانی جسم موت کے بعد ان قوانین کا محکوم ہو جاتا ہے جو غیر ذی حیات اشیاء پر حکومت کرتے ہیں، اور وہ عجیب و غریب خاصیت جو بشرکت دیگر حیوانات انسان میں ودیعت رکھی گئی ہے یعنی اندرونی تپش کا درجۂ اعتدال پر برقرار رہنا خواہ گرد و پیش کی ہوا کی تپش کچھ ہی کیوں نہ ہو، اب ضائع ہو جاتی ہے۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جسم اپنی حرارت کھو دیتا ہے اور آہستہ آہستہ لیکن تزائد کے ساتھ سرد ہو کر گرد و پیش کے واسطوں کی تپش تک پہنچ جاتا ہے۔

ماحول کی تپش تک ٹھنڈا ہونے کے لئے جسم کو جو مدت بالعموم درکار ہوتی ہے وہ ۱۵ سے لیکر ۲۰ گھنٹے تک کی ہے مگر ظاہر ہے کہ اس بیان کو صرف ایک عمومی بیان کے طور پر تسلیم کیا جا سکتا ہے، اور متوفی کے سرد ہونے میں حقیقی مدت کتنی صرف ہوتی ہے اس امر کا انحصار کئی حالتوں پر ہے جن میں سے بعض تو اندرونی تعلق کی ہیں اور بعض بیرونی کی۔

اندرونی تعلق کی حالتیں: بعض امراض ایسے ہیں اور موت کے بعض اسلوب ایسے ہیں کہ ان سے واقع شدہ موت کے وقت حرارت جسمانی طبعی درجہ سے بہت زیادہ ہوتی ہے اور یہ صورت حالات ہیضہ،

روماٹک (rheumatic) تپ، سٹرکنین کا تسمم، کزاز (tetanus) اور سکتہ کی دیگر اشکال میں دیکھی گئی ہے اور ہیضہ، حمٰی اصفر (yellow fever) اور بعض دیگر امراض سے واقع شدہ موت کے بعد بعد الموتی ارتفاع تپش دیکھا گیا ہے۔ اگر بیرونی حالات یکساں ہوں تو جس موتی کی تپش بوقت موت ۸ یا ۱۰ درجے طبعی درجے سے زیادہ ہوگی اس موتی کی بہ نسبت جس کی تپش طبعی درجے پر ہے اس کے ٹھنڈا ہونے میں زیادہ عرصہ صرف ہوگا۔ اور موت کے بعض اسلوب ایسے ہیں کہ اگرچہ ان میں ارتفاع حرارت نہ بھی ہو تو بھی ان میں تبرید کی رفتار سست ہو جاتی ہے۔ دم گھٹنے سے واقع شدہ موت یا تشددہ سے اور بعض دیگر اقسام کی اموات بھی یہ اثر پیدا کر سکتی ہیں۔ یہ امر کہ بوقت موت حالت تغذیہ کیا ہے معتد بہ اثر ڈالتا ہے۔ چنانچہ جو اجسام چربی سے گرانبار ہوتے ہیں وہ لاغر اجسام کی بہ نسبت کم سرعت سے ٹھنڈے ہوتے ہیں اور ان اشخاص کے اجسام جو عالم شباب میں ہوتے ہیں نہایت ہی کمسن اور نہایت ہی عمر رسیدہ اشخاص کی بہ نسبت زیادہ دیر سے ٹھنڈے ہوتے ہیں، جو لوگ متمہل یا لاغر کردینے والی بیماریوں سے مرے ہوں وہ جلدی سے ٹھنڈے ہو جاتے ہیں کیونکہ ان میں موت سے قبل تپش غالباً زیر طبعی ہوتی ہے۔

بیرونی تعلقات کی حالتیں گرد وپیش کے واسطوں (media) کی تپش اور ان کی ایصال حرارت کی استعداد دونوں ایک اہم اثر ڈالتے ہیں۔ اگر لاش پانی کے اندر ڈوبی ہوئی ہو تو ہوا کی نسبت جلد ٹھنڈی ہوگی۔ کیونکہ اوپر کی ہوا سے پانی زیادہ سرد اور زیادہ اچھا موصل حرارت ہوتا ہے۔ ایک لاش جو سلوں پر ننگی پڑی ہوئی ہو اس لاش کی نسبت جو کپڑوں میں محفوظ اور بستر پر پڑی ہو جلدی ٹھنڈی ہوگی۔ مزید تخصیص کئے بغیر یہ امر تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ لاش اور ارد گرد کے واسطوں کے مابین درجہ تپش میں جس قدر اختلاف ہوگا، وقت کی ایک مقررہ مقدار میں حرارت اتنی ہی زیادہ جلدی ضائع ہوگی، لہٰذا بعد الموت تبرید کی رفتار یکساں نہیں ہوتی بلکہ تپش کے اس اختلاف کے متناسب ہوتی ہے جو کسی مقررہ وقت میں لاش اور اس کے ماحول کے درمیان پایا جاتا ہے اس سے

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ تبرید کی رفتار آخری ساعتوں کی بہ نسبت ابتدائی ساعتوں میں تیز تر ہوگی، کیونکہ آخری ساعتوں میں لاش کی تپش ماحول کی تپش کے زیادہ قریب ہوتی ہے۔ پہلے چند گھنٹوں میں اس رفتار کی اوسط ۲ یا ۳ درجہ فی گھنٹہ ہوتی ہے اور بعدہٗ ۱ درجہ فی گھنٹہ سے متجاوز نہیں ہوتی۔ معمولی صورتوں میں لاش کی تبرید کے لئے دو مدتوں کو کافی بتایا گیا ہے۔ ان میں سے جو طویل تر مدت ہے یعنی بیس گھنٹے کی اس کو قطعی طور پر تو نہیں لیکن عملی طور پر صحیح تسلیم کیا جاسکتا ہے اس وجہ سے جو کہ ابھی بیان کی گئی ہے، تبرید کی رفتار اس حالت میں نہایت ہی سست ہوتی ہے جب کہ لاش کی تپش ماحول کی تپش سے تھوڑی ہی مختلف ہوتی ہے لہذا حرارت جسمانی کے آخری چند درجوں کے ضائع ہونے کے لئے ایک طویل عرصہ درکار ہے، گو کہ عملی اغراض کے نقطۂ نظر سے اس اثنا میں لاش کو ٹھنڈی ہی قرار دیا جاتا ہے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ حرارت جسمانی کے ضیاع کو اسی صورت میں امارت موت تسلیم کیا جاسکتا ہے جب یہ ضیاع ترقی پذیر طور پر (progessively) مسلسل ہو۔ کسی مقررہ لمحہ کی تپش قابل اعتبار نہیں ہے کیونکہ یہ ممکن ہے کہ زندگی میں بھی معتد بہ طور پر زیر طبعی ہو۔

35

بعد الموت دھبے

تبرید کے ساتھ ساتھ جسم کے تابع (dependant) حصوں میں بعض بدرنگیاں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کو موسوم کرنے کے لئے مختلف اصطلاحات استعمال کی جاتی ہیں مثلاً رکو دموتیٰ (cadaveric hypostases)، تغیل موتیٰ (cadaveric ecchymoses)، بعد الموتیٰ نیلگونیاں (lividities)، کدمات (sugillations)۔ شہادت دہی کے موضوع پر بحث کے دوران میں گواہی کے کٹہرے میں فنی اصطلاحات سے اجتناب کرنے کی ضرورت پر زور دیا گیا تھا۔ اسی مشورے کے سلسلہ میں یہ سفارش کی جاتی ہے کہ جب اس موضوع پر

بحث ہو تو ہمیشہ وہی الفاظ استعمال کرنے چاہئیں جو اس باب کا عنوان ہیں، کیوں کہ ان سے عام سننے والوں کو دیگر مترادف الفاظ کی نسبت مطلب زیادہ واضح طور پر سمجھ میں آجاتا ہے۔ بعد الموت دھبے اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ خون جو ہنوز سیال ہے۔ لاش کے تابع حصص کی وریدی جڑوں اور عروق شعریہ میں بکشش ثقل منتقل ہو جاتا ہے۔ اور بدیہی طور پر اُنکا انحصار اُس امر پر ہوتا ہے کہ لاش کس وضع پر پڑی ہے۔ اگر لاش پشت کے بل پڑی ہو تو کانوں کی لویں، کندھے، قطنی خطہ، سرین، بازووں اور ٹانگوں کے عقبی حصے، یہ تابع حصے ہونگے۔ اگر لاش مکبوب وضع میں پڑی ہے تو چہرہ، سینہ، شکم، بازووں اور ٹانگوں کے مقدمی حصے تابع حصے قرار پائیں گے کشش ثقل کے علاوہ ایک اور سبب بھی ہے جو ان نتائج میں اضافہ کرتا ہے اور وہ عروق شعریہ کی دیواروں کی تنش کا ضیاع ہے جو بوقت موت واقع ہوتا ہے۔ یہ اثرات جو سیال خون کے بکشش ثقل منتقل ہونے سے پیدا ہوتے ہیں، سطح بدن تک محدود نہیں رہتے، بلکہ اندرونی اعضاء بھی ان سے متاثر ہو جاتے ہیں۔

چونکہ بعد الموت دھبوں کا ظہور خون کی سیالیت پر موقوف ہے لہذا سوال پیدا ہوتا ہے کہ موت کے بعد لاش کے اندر کب تک خون سیال رہتا ہے جو خون کسی زندہ عضو سے نکالا گیا ہو، اس کی نسبت اس خون کی ترویب جو لاش کے اندر رہے زیادہ دیر سے اور زیادہ آہستہ واقع ہوتی ہے۔ اور موت اور ترویب کے آغاز کے درمیان کتنا وقت گزرتا ہے، یہ صحت کے ساتھ بیان نہیں کیا جاسکتا اس کے لئے تقریباً چار گھنٹے کی مدت ٹھیرائی گئی ہے موت سے اس مدت کے بعد بڑی بڑی وریدوں میں تھکے بن جاتے ہیں مگر ترویب کی رفتار بالخصوص چھوٹی وریدوں میں اس قدر سست ہوتی ہے کہ خون کا بیشتر حصہ کئی مابعد ساعتوں تک سیال ہی رہتا ہے۔ جب صورت حال یہ ہے تو موت کے بعد خون کی ترویب کی ابتدا ٹھیک کب ہوتی ہے، یہ امر بڑی اہمیت نہیں رکھتا اور ترویب میں جو مدت صرف ہوتی ہے وہ اس امر سے اور بھی اطالت پذیر ہو جاتی ہے کہ بوقت موت خون کی حالت کیا ہے۔ اگر

کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) زیادہ موجود ہو تو اس سے ترویب سست ہو جاتی ہے ۔ یہی وجہ ہے کہ جو اشخاص دم گھٹنے سے مرتے ہیں ان کے خون کی ترویب بہت ہی آہستہ ہوتی ہے ۔

لاش کے باہر خون کی سست ترویب کے نمایاں خصائص ان خون کے تھکوں میں بھی تمیز کئے جا سکتے ہیں جو موتی کے اندر بنتے ہیں ۔ یعنی خون کے سرخ جسیمے (redblood corpuscles) تجمد سے بیشتر زیرین طبقوں میں بیٹھ جاتے ہیں اور بدیں وجہ تھکے کے بالائی حصے میں ایک طبقہ کم وبیش بے رنگ کا پیدا ہو جاتا ہے ۔ اس طرح تھکے کی جو دو طبقوں میں تقسیم ہو جاتی ہے طبی قانون داں کے لئے بہت اہمیت رکھتی ہے ۔ اس لاش کے امتحان پر جس میں ترویب واقع ہو چکی ہے، تھکے لاش کی وضع سے متناظر ہونے چاہئیں اور رنگیں طبقہ لاش کی بالائی سطح سے دور تر ہونا چاہئیے ۔ اگر صورت حال یہ نہ ہو یعنی تھکے کا بے رنگ حصہ جسم کے تابع حصہ میں پایا جائے تو یہ اس امر کا ثبوت ہے کہ ترویب کے واقع ہونے کے بعد جسم کی وضع معکوس کر دی گئی ہے ۔ خون کا وہ تھکا جو لاش کے اندر موت کے بعد بنتا ہے وہ تقریباً اتنا سخت نہیں ہوتا جتنا کہ وہ تھکا ہوتا ہے جو زندگی میں نکالے ہوئے خون سے بنا ہو ۔ قطع نظر اس موت کے جو دم گھٹنے سے ہوتی ہے ایسا معلوم نہیں ہوتا کہ عروق کے اندر ترویب خون کی رکاوٹ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کی موجودگی پر منحصر ہے ، کیونکہ اگر اس خون کو جو موت سے بعد کئی گھنٹہ تک جسم کے اندر سیال پڑا رہا ہو ، سیماب کے اوپر بغیر ہوا لگوائے وصول کیا جائے تو وہ جم جاتا ہے ۔

اب ہم بعد الموت دھبوں کی طرف رجوع کرتے ہیں یہ موت سے ۴ تا ۱۲ گھنٹے بعد جسم کے تابع حصص میں نمودار ہونا شروع ہوتے ہیں اکثر دفعہ مذکورہ بالا مدت سے پہلے بھی دکھائی دیتے ہیں ۔ اور دھندلے سے سرخ رنگ کے قطعوں سے جو نیلے نیلے سلیٹی رنگ کے بھی ہو سکتے ہیں بنے ہوتے ہیں ۔ ابتدا میں ان کی وجہ سے جلد ایک چتی دار (mottled) منظر اختیار کرتی

36

ہے مگر آخیر میں منفرد قطعے آپس میں ملکر (coalesce) بدرنگی (discoloration) کے بڑے بڑے رقبے بنا دیتے ہیں۔ قطعوں کا خاکہ بے قاعدہ مگر خوب متمیز ہوتا ہے اور کنارے قریب کی بے رنگ جلد کے مقابلے میں بخوبی نمایاں (bold relief) ہوتے ہیں مگر رنگ دار حصے گردوپیش کی جلد کے لیول سے اوپر مرتفع شدہ نہیں ہوتے گو بعد الموت دھبوں کا ظہور لاش کے اسفل حصوں میں ہوتا ہے تاہم جو حصے اس شئے سے متماس ہوتے ہیں جس پر لاش پڑی ہو۔ وہ مبرا رہتے ہیں اگر جسم معمولی وضع پر یعنی پشت کے بل پڑا ہو تو کندھے، سرین، پنڈلیاں اور ایڑیاں بے داغ رہتی ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ مذکورہ بالا حصے ایک طرف تو جسم کے بوجھ سے اور دوسری طرف اس نہ دبنے والی سطح کی مزاحمت کے درمیان آکر جو جسم کے بوجھ کو سنبھالے ہوئے ہیں مضغوط ہوجاتے ہیں اور یہ انضغاط خون کو جلد کے عروق میں بکشش ثقل منتقل ہونے سے روکتا ہے جسم کے بوجھ سے جتنا دباؤ پیدا ہوتا ہے اس سے بہت ہی کم دباؤ اس امر کے لئے کافی ہوتا ہے کہ خون کو ان حصص میں سے جو اس طرح دبے ہوئے ہوں خارج کردے۔ ایک تنگ کالر یا گلوبند سے بھی ایسا ہوسکتا ہے۔ یہ گردن کے گرداگرد یا جزوی طور پر گرداگرد ایسا نشان پیدا کر دیتا ہے جو شاید کچھ حد تک اس نشان سے مشابہ ہوتا ہے جو تخنیق سے واقع شدہ موت کے بعد رسی سے رہ جاتا ہے۔ بعد الموت دھبے اسوقت تک بنتے رہتے ہیں جب تک کہ خون یا اس کا کوئی جزو غیر مروب رہتا ہے، اور خون کی سیالیت کے دوران میں بعد الموت دھبے صرف اسی صورت میں مستقل ہوں گے کہ جسم اس وضع پر غیر مبدل پڑا رہے جو ان کے ظہور کے وقت تھی۔ فرض کیجئے کہ جسم پشت کے بل پڑا ہے اور بعد الموت دھبے اس کے عقبی حصوں پر نمودار ہوئے ہیں۔ اب اگر اس اثنا میں جبکہ خون ہنوز سیال ہے اور جسم کی وضع کو الٹ دیا جائے تو جو داغ عقبی حصوں پر ہیں وہ غائب ہوجائیں گے، اور سامنے کے حصوں پر جو اب تابع ہوگئے ہیں تازہ دھبے نمودار ہوجائیں گے بعد الموت دھبوں کا مقامی طور پر مستقل رہنا صرف ترویب خون سے یقینی ہوسکتا ہے اور جب ترویب ہوچکتی ہے تو وضع جسم میں

تبدیلی ان پر کوئی اثر نہیں ڈال سکتی اور نہ نئے دھبے ہی بنتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اگر تر ویب کے بعد جسم کی وضع معتد بہ طور پر بدل دی جائے تو یہ پایا جائے گا کہ بعد الموت دھبے تبدیل شدہ وضع سے مطابقت نہیں کرتے اور بدیں وجہ اس امر کا ثبوت مہیا کرتے ہیں کہ جسم سے مداخلت کی گئی ہے کیسپر (Casper) کہتا ہے کہ نزف سے واقع شدہ موت کے بعد یہ دھبے ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ دیگر اہل الرائے نے ایسے واقعات میں اور نیز کمئی خون کے مرض سے واقع شدہ موت میں یا تو دھبے مفقود پائے ہیں یا بہت ہی دھندلے سے۔

بعد الموت دھبوں اور دوران زندگی کی کوفتگیوں (bruises) کے درمیان امتیاز کرنا نہایت ضروری ہے۔ اس سے متعلق غلطیوں کی وجہ سے بے قصور شخصوں کے ساتھ سخت بے انصافی ہونے کا امکان ہے بلکہ بے انصافی کی جا چکی ہے۔ ان کے درمیان جو فرق ہے وہ بہت نمایاں ہے اور آسانی سے شناخت ہو سکتا ہے۔ بعد الموت دھبوں میں خون جس سے وہ پیدا ہوتے ہیں ابھی عروق دموی میں موجود ہوتا ہے یعنی ادمہ کے سطحی طبقات کی منتر خی اور متسع وریدی جڑوں اور عروق شعریہ کے اندر ہوتا ہے۔ سطح غیر متضرر ہوتی ہے۔ اگر اسے ترچھی سمت میں یا ترچھی روشنی سے معائنہ کیا جائے تو بشرہ میں اختلال کا کوئی نشان نہیں پایا جاتا۔ داغدار حصے ابھرے ہوئے نہیں ہوتے اور عملی طور پر اردگرد کی جلد ہی کے لیول پر ہوتے ہیں۔ داغ ہمیشہ جسم کے تابع حصوں پر ہوتے ہیں بجز ان حصوں کے جن پر دباؤ پڑا ہوا ہو یا دباؤ پڑ چکا ہو۔ داغوں کے کنارے خوب واضح ہوتے ہیں اور گردو پیش کی جلد سے مل کر کے مدغم نہیں پڑتے۔ داغدار قطعوں کے رنگ کی گہرائی یکساں یا قریب قریب یکساں ہوتی ہے۔ جب یہ داغ قطعوں کی شکل میں ہوتے ہوں یعنی اس قسم کے کہ ایک نافہم آدمی کو ان پر کوفتگیوں کا دھوکا لگ سکتا ہے تو ان داغوں کی جسامت بسرعت بڑھتی چلی جاتی ہے زیادہ تر ایک ایسی سمت میں جو کشش ثقل پر موقوف ہوتی ہے۔

ان کوفتگیوں (bruises) میں جو دوران حیات میں پیدا ہوتی ہیں جلد کی بدرنگی کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ خون ان عروق سے جو تشدد سے مشقوق ہو جاتے

ہیں وعا بدر ہو کر جلد کے صادق جلیموں کے اندر اور نیچے جمع ہو جاتا ہے جلد کی سطح بالعموم متضرر دکھائی دیتی ہے جو کہ کوفتگی (bruise) پیدا کرنے والی شئے سے تصادم ہونے کا نتیجہ ہے۔ بجز اس صورت کے جب کہ نہایت خفیف تضررات ہوں کوفت شدہ حصہ کم وبیش ابھرا ہوا دکھائی دیتا ہے کوفتگی کا مقام کشش ثقل پر منحصر نہیں ہوتا اور یہ جسم کے کسی حصہ پر بھی ہو سکتی ہے اور بجائے متمیز اور بے قاعدہ خاکے کی ہونے کے کچھ حد تک علتی عامل کی شکل سے یا علتی عامل کے اس حصہ سے متطابق ہوتی ہے جو سطح سے ٹکرایا ہو۔ اس کا کنارہ غیر متمیز ہوتا ہے جو گرد و پیش کی جلد سے ملکر مدغم پڑ جاتا ہے۔ کوفتگی کا رنگ یکساں نہیں ہوتا اگر تضرر ایک دو دن موجود رہ چکا ہو تو بیرونی حصوں کے گرد اگرد زرد یا سبز حلقہ دکھائی پڑے گا۔

یہ ہیں وہ اختلافات جو بعد الموت دھبوں اور کوفتگیوں کے مابین سطح سے نظر آسکتے ہیں، مگر تنقیدی (critical) امتیاز اس حصے میں شگاف دیکر کیا جاتا ہے۔ بعد الموت دھبوں میں، سوائے چند نقاط کے جو ادمہ کے ان کٹے ہوئے عروق کو جو سابق میں خون سے متمد دکھے ظاہر کرتے ہیں اور کہیں سے بھی خون نہیں نکلتا۔ برعکس اس کے اگر کوفتگی میں شگاف دیا جائے تو جالی (rete) کے نیچے ترویب شدہ یا سیال خون کا انصباب موجود پایا جاتا ہے اور جب کوفتگی سخت تشدد کا نتیجہ ہو تو اس سے بھی زیادہ گہرائی پر پایا جاتا ہے۔

یہاں تک تو خارجی بعد الموت دھبوں کا ذکر تھا۔ وہی حالات جو جلد میں دھبے پیدا کرتے ہیں اندرونی اعضا پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں جب جسم پشت کے بل پڑا رہ چکا ہو تو ام حنونہ (piamater) کے عقبی حصہ کی وریدیں اور جانبی اور قذالی (occipital) جوف خون سے پُر پائے جاتے ہیں اور یہی صورت حال نزف سے واقع شدہ موت پر بھی پائی جاتی ہے، یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے، مبادا دوران حیات میں جسم کے بلند ترین حصص میں اس قدر خون کا موجود ہونا موت کے سبب کے تناقض سمجھا جائے۔ دونوں پھیپھڑوں کا عقبی ربع قریب قریب ہمیشہ خون سے پُر ہوتا ہے۔ یہ خطرہ یہاں بھی موجود ہے کہ اس حالت کو امراضیاتی اسباب پر محمول کیا جائے معدہ اور امعا کے عقبی حصص بھی داغدار ہوتے ہیں، بالخصوص وہ حصے جو کہ حوض میں ہوتے

ہیں التہابی ارتشاخ کا مفقود ہونا اور یہ امر کہ امعا کو تاننے پر بدرنگ جگہوں کے درمیان کے حصول پر بدرنگی نہیں پائی جاتی تاویلی غلطی کا سدباب کرنے کے لئے کافی ہے۔ گردوں کے عقبی نصف بالعموم ممتلی ہوتے ہیں نخاع کی ام حنونہ (piamater) کی وریدیں بسا اوقات ایک منظر پیش کرتی ہیں جو التہاب سحائی کے مماثل ہوتا ہے۔ قلب دھبوں سے بھرا ہوتا ہے مگر فائبرینی (fibrinous) تھکّے یعنی نام نہاد قلبی سعدانہ (cardiac polypi) عام ہوتے ہیں

جمود موتی

عضلوں کا ارتخاء جو موت کے فوراً بعد پیدا ہو جاتا ہے انتہائی صلابت کی ایک متضاد حالت میں مبدل ہو جاتا ہے جب تک عضلات مرخی رہتے ہیں ان کی خراش پذیری قائم رہتی ہے اور وہ برقی ہیجوں کی اسی طرح مجیبیت ظاہر کرتے ہیں جیسے وہ زندگی میں ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی وجہ بدنی حیات ختم ہونے کے بعد سالماتی یعنی بافتی زندگی کا قائم رہنا ہے۔ موت سے ایک اختلاف پذیر مدت کے بعد زیریں جبڑے کے عضلات سخت ہونا شروع ہوتے ہیں اور یہ جمود موتی یعنی صلابت موت کے ورود کی پہلی علامت ہے۔ معمولی حالات میں کالبدی عضلات موت سے ۴ تا ۱ گھنٹے کے اندر سخت ہونا شروع ہوتے ہیں اور جبڑوں کے عضلات کی سختی چہرے اور گردن اور دھڑ اور آخر میں جوارح کے عضلوں میں پھیل جاتی ہے۔ ۲ سے لیکر ۳ گھنٹوں میں پورا نمو حاصل کر لیتی ہے جبکہ تمام جسم سخت ہو جاتا ہے اور اکڑ جاتا ہے جوارح مفصلات پر بغیر سخت قوت کے خم نہیں کئے جا سکتے اگر جسم کو حرکت دی جائے تو یہی معلوم ہوتا ہے کہ یہ مفصلات سے معرا ہے۔ یہ حالت چند گھنٹوں سے لیکر چھ سات دن کی اختلاف پذیر مدت تک قائم رہتی ہے۔ جمود موتی کی اوسط مدت ۲۴ سے ۴۸ گھنٹہ تک سمجھنا چاہیئے۔ جمود موتی کے ورود کے وقت سختی کے علاوہ عضلوں کا کسی قدر انقباض بھی واقع ہوتا ہے اور وہ قصیر تر اور دبیز تر ہو جاتے ہیں اگر جوارح کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو وہ جزئی خمیدگی کی وضع میں اکڑ جاتے ہیں۔ یہ امر تجربتہً معلوم ہوا ہے کہ اکڑنے کے فعل کے دوران میں عضلہ وزن اٹھا سکتا ہے،

اس سے ظاہر ہے کہ یہ حقیقتاً انقباض کرتا ہے۔ جب جمود موتی موجود ہوتا ہے تو عضلی برقی رو یا تو موقوف ہو جاتی ہے یا طبعی سمت کی مخالف سمت میں ایک کمزور سی رو موجود ہوتی ہے۔ عضلات برقی مہیج کی مجیبیت بھی کھو دیتے ہیں۔ زندہ عضلہ کا کیمیاوی تعامل بحالت سکون تعدیلی یا کسی قدر قلوی ہوتا ہے اور کام کرنے کی حالت میں ترشئی جن عضلوں میں جمود موتی موجود ہو ان کا تعامل تیز ترشئی ہوتا ہے جو کچھ تو سار کو لیکٹک ترشہ (sarcolactic acid) کے بننے کا نتیجہ ہوتا ہے اور کچھ ترشئی فاسفیٹ (acid phosphate) کا ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) کی ایک بہت بڑی مقدار آزاد ہوتی ہے۔ عضلات کی سختی اور اکثر کا حقیقی سبب لحم غلاف (sarcolemmas) کے اندر لحم مایہ کا مروّب ہو جاتا ہے [کوہنی (Kuhne)]۔ قبل از ولادت جمود کے متعدد واقعات مرقوم ہیں۔ ایک ۸ ماہ کا بچہ بوقت پیدائش جمود موتی کی حالت میں تھا اور یہ جمود دوسرے دن تک زائل نہیں ہوا۔

معلوم ہوتا ہے کہ صلابت دو حالتوں میں ظاہر ہوتی ہے اور پہلی حالت دوسری حالت میں محض مرور وقت سے مبدّل ہو جاتی ہے یہ سمجھا جاتا ہے کہ پہلی حالت میں لحم مایہ کی ترویب صرف جزئی ہوتی ہے کیونکہ اس کی کثافت فالودے کے مانند ہوتی ہے۔ اس مرحلے پر عضلہ کی خراش پذیری ہنوز ضائع نہیں ہوتی۔ اس وقت جبکہ عضلہ صلابت کے مرحلۂ اول میں ہوتا ہے اگر عروق کے اندر تازہ شریانی خون مشرب کیا جائے تو نیم مروّب مادہ حل ہو جاتا ہے اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلے ہنوز خراش پذیر ہیں اور برقی مہیج کی مجیبیت ظاہر کرتے ہیں [برون سیقارڈ[1] (Brown Sequard)] دوسرے مرحلے میں پہنچنے پر لحم مایہ کی ترویب مکمل ہو جاتی ہے اور عضلوں کی خراش پذیری ہمیشہ کے لئے زائل ہو جاتی ہے۔ عین اسی وقت عضلی عنصر اور جسم کی عام بافتوں کی موت بھی واقع ہو جاتی ہے جب جمود موتی اکمل طور پر نمو پا چکا ہو اس وقت کوئی جارحہ (limb) مفصل کے مقام پر بزور خم کیا جائے تو جمود عود کر نہیں آتا۔ مفصل ملائم رہتا ہے اور جارحہ اسی وضع پر قائم رہتا ہے

[1] (See also Heubel on "Die Wiederbelebung des Herzens nach dem Eintritt vollkommener Herzmuskelstarre." Pfluger's Archiv., 1889.)

جس پر وہ چھوڑا جائے اور اس طریق پر بعد الموت جمود کو قبل الموت جمود سے تمیز کیا جاسکتا ہے جو گاہے گاہے ہسٹریا (hysteria) اور تخشب (catalepsy) کے مریضوں میں ملتی ہے۔ موخر الذکر عارضہ میں اگر جارحہ کو بزور خم کیا جائے تو یہ اپنی سابقہ حالت پر عود کرنے کی جانب مائل ہوتا ہے اور دوبارہ سخت ہو جاتا ہے۔ لیکن جمود موتی کے اول مرحلے میں بھی جب کہ مایوسین (myosin) صرف جزوی طور پر مرد ب ہوتی ہے ایسا ہوتا ہے کہ مفصل کو بزور خم کرنے کے بعد کسی قدر سختی دوبارہ پیدا ہو جاتی ہے۔

وہ حالات جو جمود موتی کی آمد کا اسراع کرتے ہیں ۔ یہ حالات وہ ہیں جو موت سے ذرا پہلے عضلوں میں خستگی یا ماندگی پیدا کرنے والا اثر رکھتے ہیں، چنانچہ جو موت متشدد دانہ عضلی ورزش کے بعد واقع ہو۔ اس میں جمود بسرعت سے وارد ہوتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جو سپاہی ابتدائے جنگ ہی میں زیادہ تکان ہونے سے پہلے ہی مارے جاتے ہیں، ان کی لاشوں میں اتنی جلد جمود نہیں ہوتا جتنی جلد کہ ان رفقائے جنگ کی لاشوں میں جو کئی گھنٹوں کی کٹھن جنگ کے بعد آخری وقت میں کام آتے ہیں۔ ایسے زہروں اور امراض سے واقع شدہ اموات کے بعد جو نظام کو پست یا خستہ کرتے ہیں (بالخصوص جب عضلوں کا تشنج رجفی بھی پایا جائے) صلابت بہت جلد وارد ہوتی ہے۔ جن جانوروں کا موت سے پہلے کچھ عرصہ تک تعاقب کیا گیا ہو، وہ قریب قریب فوراً اکڑ جاتے ہیں اور چند لمحوں کے اندر اندر ان کو پچھلی ٹانگوں سے پکڑ کر اٹھایا جاسکتا ہے جبکہ وہ بالکل اکڑے رہتے ہیں۔ برخلاف اس کے ان افراد میں جو طاقتور صحت رکھتے ہیں اگر فوری موت واقع ہو تو (ان مستثنیات کے ساتھ جو ابھی مذکور ہو چکی) جمود موتی کا ورود تاخیر سے ہوتا ہے۔ پوری طاقت کے اشخاص میں بھی اگر موت سے ذرا پیشتر تشنج ہوا ہو تو جمود جلدی سے وارد ہوتا ہے کیونکہ عضلوں کی حیوی قوت بہت کم ہو چکی ہوتی ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جمود کے نمودار ہونے سے پہلے عضلی رو معدوم اور برقی خراش پذیری کم ہو جاتی ہے۔ یہ تمام امور ایک ہی نتیجہ کی طرف اشارہ کرتے ہیں، اور وہ یہ ہے کہ جمود موتی عضلی موت

کا نتیجہ ہے اور یہ کہ جوں جوں عضلے مرتے جاتے ہیں، یہ بتدریج طاری ہوتا جاتا ہے، لہٰذا ان عضلات کے مرنے سے پہلے جزوی طور پر تو موجود ہوتا ہے۔ اور اس کا کامل نمو اس وقت تک نہیں ہوتا جب تک کہ سالماتی موت واقع نہیں ہو جاتی۔

ایک عام کلیہ کے طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ جمود موت کے بعد جس قدر جلدی سے وارد ہوتا ہے اتنی ہی جلدی سے معدوم بھی ہو جاتا ہے اور اس کا برعکس بیان بھی مساوی طور پر صحیح ہے، یعنی جتنی زیادہ دیر سے ظاہر ہوگا اتنی ہی زیادہ دیر تک قایم رہیگا۔ عضلات کی حالت خستگی ان عضلوں کو اس وقت تحلیل کی ایک حد تک مدافعت کرنے کے قابل بناتی ہے جب کہ وہ اس غذائی رسد اور اخراجی وسائل (agencies) کی مزید مدد سے جو نظامی (systemic) حیات کے دوران میں ان کی قوت کو برقرار رکھتے ہیں محروم ہو جاتے ہیں کیونکہ اعلیٰ درجہ کی تندرستی تغیر میں مزاحم ہوتی ہے، نہ صرف اس وقت تک جبکہ تغیر شروع ہوتا ہے بلکہ کچھ عرصہ بعد تک بھی، اور یہی وجہ ہے کہ جمود موتی کے ورود اور مدت دونوں کا انحصار (باقی حالات کے مساوی ہوتے ہوئے) عضلی حیوینت کے اس ذخیرہ پر ہے جو عضلات میں بدنی موت کے وقت موجود ہوتا ہے۔

حراری جمود۔ اگر کسی لاش کو جو معمولی جمود موتی کے مکمل طور پر زیر اثر ہو ۵۷ درجہ کی حرارت پہنچائی جائے تو اس کے جمود میں اضافہ کیا جا سکتا ہے اور اس کی توجیہہ یہ ہے کہ اس عمل سے مایوسین (myosin) کے علاوہ دیگر ایلبیومنیٹ (albuminate) جو عضلات میں موجود ہوتے ہیں ترویب پاتے ہیں۔ مایوسین (پستانیوں میں) تقریباً ۵۰ درجہ حرارت پر مروّب ہوتی ہے۔ ایک اور البیومنیٹ (albuminate) ۷۴ درجہ پر مروّب ہوتا ہے اور مصلی البیومن (serum albumen) ۷۳ درجہ پر۔ اب اگر لاش کو جمود موتی کے کامل ہونے سے پہلے یا پیچھے اس درجہ کی حرارت پہنچائی جائے جو ۷۳ سے اوپر ہو لیکن تحلیل پیدا کرنے کے درجہ سے ذرا کم ہی ہو تو یہ تمام البیومنیٹ (albuminate) مروّب ہو جائیں گے، اور جمود جو پیدا ہوگا وہ بہ نسبت اس جمود کے جو قدرتی اسباب پر منحصر ہوتا ہے شدید تر ہوگا۔

غیر ارادی عضلے بھی جیفی کرختگی سے متاثر ہوتے ہیں مگر اس لحاظ سے اگر کسی اندرونی عضو پر غور کرنا ضروری ہے تو وہ صرف قلب ہے۔ قلب کے عضلات موت کے بعد بہت جلد، اور کالبدی عضلوں کی اکثر شروع ہونے سے قبل ہی سخت ہوجاتے ہیں۔ اس امر کا مشاہدہ بڑی مدت سے کیا جارہا ہے کہ جب قلب جیفی کرختگی کی حالت میں ہوتا ہے تو اسکی بطینی دیواریں بالخصوص بائیں سخت اور منقبض ہوتی ہیں اور اُس منظر سے جو جیفی کرختگی کے زائل ہوجانے کے بعد معرض ظہور میں آتا ہے، بالکل مختلف منظر پیش کرتی ہیں۔ فعلیات دانوں نے یہ بھی دیکھا ہے کہ جیفی کرختگی کے نمو کے دوران میں قلبی عضلہ کی حالت میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ کالبدی عضلوں کی مانند وہ نہ صرف اکڑ جاتا ہے بلکہ موت کے بعد اس کا انقباض اس کے کہفوں کے اضافی حجم کو تمام تر بدل ڈالتا ہے۔ یہ حقیقت طبی قانون داں کے لئے بہت اہمیت رکھتی ہے کیونکہ لبسا اوقات موت کے اسلوب کی تشخیص، امتحان لاش پر جو قلب کی حالت پائی جاتی ہے اسکی بنا پر کی جاتی ہے۔ جب غشیان سے واقع شدہ موت میں بعد الموت مناظر بیان کئے گئے تھے تو قلب کی حالت کو منقبض بیان کیا گیا تھا۔ یہ حالت لبسا اوقات امتحان پر اس فرد کی لاش میں پائی جاتی ہے جو غشیان سے مر گیا ہو اور یہ رسد خون کی کمی کا نتیجہ ہوتی ہے۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا قلب کی یہ حالت وقت موت کی حالت ہے یا دوسرے الفاظ میں کیا موت انکماش قلب کی حالت میں واقع ہوئی تھی؟ اس سوال کے متعلق سٹراسمین (Strassmann) کے تجارب سبق آموز ہیں۔ بہت سے ایسے حیوانوں میں جو یکایک شلل قلب سے ہلاک ہوگئے تھے، دوران خون اور تنفس بند ہونے کے ساتھ ہی اس نے ان کا سینہ کھولا۔ بعض میں تو قلب کا اسی وقت معائنہ کر لیا گیا۔ بعض کو سطحی تفتیش کے بعد ڈھانک کر اگلے دن تک رکھ چھوڑا گیا۔ جب قلب کا معائنہ موت کے بعد فوراً کیا گیا تو اس کے دائیں بطین میں بائیں کے نسبت زیادہ خون ملا اور جب قلب کا معائنہ دوسرے دن کیا گیا تو اس کا بایاں بطین تقریباً ہمیشہ مضبوطی سے منقبض پایا گیا اور اس کے مشمولات کا بیشتر حصہ یا تمام کے تمام مشمولات بائیں اُذین میں یا

اور ٹی میں ڈھیلے ہوئے پائے گئے۔ اور ان حیوانات میں جو سریع جبس دم سے ہلاک ہو گئے تھے، موت کے فوراً بعد معائنہ کرنے پر قلب کے دائیں بطین میں بائیں بطین کی نسبت اوسطاً دگنا خون پایا گیا اور بعد ازاں معائنہ کرنے پر بایاں بطین منقبض اور خالی یا قریب قریب ویسا پایا گیا۔ جب بھی قلب کا معائنہ موت کے بعد فی الفور کیا گیا تمام واقعات میں حتیٰ کہ سٹرکنیا کی موت میں بھی، دایاں اور بایاں، دونوں بطین بحالت انبساط اور ڈھیلے اور خون سے پُر پائے گئے اور یہ کہیں بھی نہ دیکھا گیا کہ قلب بحالت انکماش رک گیا ہو۔ سٹراسمین (Strassmann) نے اس بات کی جانب توجہ دلائی ہے کہ قلب میں جیفی کرختگی بہت ہی جلد نمو یافتہ ہو جاتی ہے۔ چنانچہ جو حیوانات ہائیڈروسیانک ترشے (hydrocyanic acid) سے مسموم ہوتے تھے، ان میں یہ موت سے ایک گھنٹہ بعد دیکھا جا سکتا تھا اور اتنی جلدی کے باوجود بائیں بطین میں اتنا خون موجود نہ ہوتا تھا جتنا کہ بوقت موت، ہوتا تھا۔ دائیں بطین میں بعد الموت انقباض بائیں کی نسبت بہت کمزور تر ہوتا ہے۔ اور یہ فقط ان واقعات میں خالی پایا جاتا ہے جن میں نزف ہو چکا ہو۔ یہ تحقیقات ظاہر کرتی ہے کہ امتحان بعد الموت پر قلب میں جو حالت ملتی ہے اس سے حالت بوقت موت کا کوئی یقینی اندازہ نہیں ہو سکتا۔ ہاں اگر دائیں اور بائیں دونوں جانبین خون سے بھری ہوئی پائی جائیں تو اس وقت اور صرف اس وقت یہ صحت کے ساتھ کہا جا سکتا ہے کہ اصل حالت قائم رہی ہے۔

انسانی موضوع پر بعد الموت امتحانوں میں امتحان کرنے سے پہلے بالعموم کم از کم چوبیس گھنٹے کا وقفہ گذرنے دیا جاتا ہے اور اس عرصے میں ضرور ہے کہ قلب اکڑ گیا ہو۔ اب خواہ اسی حالت میں معائنہ کیا جائے خواہ اکڑ کے جاتے رہنے کے بعد، یہ فرض کر لینا خطرناک ہو گا کہ عضو اسی حالت پر ہے جو موت کے وقت موجود تھی، لہٰذا قلب کی بعد الموت حالت اسلوب موت کی کوئی ایسی بین دلیل نہیں جیسی کہ اکثر بتائی جاتی ہے۔

قلب کے بعد الموت انقباض کے موضوع میں ہمیں کالبد کے عضلوں کے

انقباض کے متعلق جس کا ذکر پیشتر ہو چکا ہے مزید غور و فکر کا سامان بہم پہنچتا ہے۔ ان تمام مظاہر کی توجیہہ کرنے کے لئے جو جیفی کرختگی کی نمو یابی کے ہمراہ پائے جاتے ہیں صرف لحم مایہ کی تر دیب کافی نہیں عضلوں کا لمبائی میں چھوٹا ہونا تنہا جمود کے علاوہ کسی اور امر پر دلالت کرتا ہے۔ اکثر ماہرین فعلیات کی یہ رائے ہے کہ جیفی کرختگی کے ساتھ ساتھ ایک صادق عضلی انقباض پایا جاتا ہے خواہ جیفی کرختگی کو اس کا نتیجہ مانا جائے یا نہ مانا جائے۔ ہرمن[1] (Herman) نے بتایا ہے کہ حیوی عضلی انقباض اور جیفی کرختگی میں مایوسینوجن (myosinogin) سے مایوسین (myosin) کی تکوین کے سوا باقی سب کیمیاوی اعمال مماثل ہیں۔ دونوں میں کاربن ڈائیکسائیڈ (CO_2)، سارکولیکٹک ترشہ (sarcolactic acid) اور دیگر ترشے بنتے ہیں، حرارت خارج ہوتی ہے اور عضلی رو معکوس ہو جاتی ہے۔ اس کا خیال ہے کہ جمود محض ایک عضلی انقباض ہے جو کسی غیر معلوم مہیج سے واقع ہوتا ہے لیکن معمولی انقباض کی بہ نسبت یہ زیادہ دیر پا ہوتا ہے اور زیادہ آہستہ سے ضائع ہوتا ہے۔ بر فرونڈ[2] (Bierfreund) نے حالیہ ہلاک شدہ حیوانوں میں جب ایک ورکی (ischiatic) عصب کاٹا تو ہر مثال میں یہی پایا کہ متضرر جانب میں کرختگی تاخیر پذیر ہوگئی۔ مزید براں مخروطی تقاطع کے نیچے حبل الشوکی کی نصف تراش کرنے کے بعد جیفی کرختگی، جس جانب حبل الشوکی کٹا ہوا تھا، اس جانب تاخیر پذیر ہوگئی عصبی مراکز کے ساتھ تعلقات منقطع کرنے کا نتیجہ ایک کتنے میں بڑے نمایاں پیرایہ میں یوں ظاہر کیا گیا کہ دوران حیات میں اس کی بائیں قشرۃ الدماغ میں تحریک پہنچا کر یمینی تشنجات پیدا کئے گئے۔ بعدہٗ اس کے حبل الشوکی کا دایاں نصف کاٹ ڈالا گیا، اور پھر اس حیوان کو ہلاک کر دیا گیا۔ تشنج کا اثر تو یہ ہونا چاہئیے تھا کہ آغاز کرختگی میں اس جانب جس جانب تشنجات وقوع پذیر ہوئے تھے تعجیل ہوتی بشرطیکہ کوئی مزید کارروائی نہ کی جاتی، مگر اس طرف کے دماغی تعلقات منقطع کرنے کا نتیجہ یہ ہوا کہ جب ۴½ گھنٹے بعد جوارح کا معائنہ کیا گیا تو بائیں جانب تو خیر نمایاں طور پر سخت تھی لیکن دائیں جانب ویسی ہی حرکت پذیر

[1] Lehrbuch der Physiologie　[2] Arch. fur die ges. Physiologie, 1888

تھی جیسی کہ یہ بر وقت موت تھی۔ دو گھنٹے بعد بھی ان دو جانبوں کے درمیان ابھی نمایاں فرق موجود تھا۔ اسی طرح ایک آدمی جو سکتے کے حملہ کے بعد ۱۴ گھنٹہ میں مرگیا تھا۔ اس کے جسم کی مشلول جانب میں کرختگی میں تاخیر پائی گئی۔ زمانہ ماضی میں یہ کہا جاتا تھا [نسٹن: Neysten] کہ شلل نصفی (hemiplegia) میں دو جانبوں کے درمیان جیفی کرختگی کے اعتبار سے اس وقت تک کوئی فرق نہیں ہوتا جبتک کہ متاثرشدہ عضلات کے تغذیہ میں کوئی نقص واقع نہیں ہوتا۔

اب ہمارے لئے یہ ممکن ہوگیا ہے کہ جیفی کرختگی کے اس غیر طبعی وقوع پر نظر ڈالیں جسے تشنج جیفی یا فوری کرختگی کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ منظر جب واقع ہوتا ہے تو زندگی کا آخری فعل موت ہیئت مرگ اختیار کرلیتا ہے (crystalize)۔ اس کی حقیقت یہ نہیں ہے کہ عضلوں میں تھوڑی دیر کے استرخا کے وقفہ کے بعد کرختگی غیر طبعی سرعت سے وارد ہوتی ہے جیسا کہ پیشتر بیان ہو چکا ہے، بلکہ یہ ہے کہ عضلے کا آخری حیوی انقباض مطلقاً اطالت پذیر ہوکر موت کی کرختگی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ چند مثالوں سے اس منظر کی حقیقت ظاہر ہو جائے گی اور ممکن ہے کہ اس کی تاویل کی کلید بھی مہیا ہو جائے۔ پامر palmer جو کک cook کا قاتل تھا پھانسی کے وقت ایک ہاتھ میں رومال پکڑے ہوئے تھا جب رسی کاٹ کر لاش کو اتارا گیا تو یہی رومال اسکی مٹھی میں مضبوطی سے پکڑا ہوا پایا گیا۔ سیڈل[1] (Seydel) نے ذیل کے واقعات بیان کئے ہیں:- (۱) ایک آدمی ریل کے ڈبہ سے ناشتہ کا سامان لینے کی غرض سے اُترا۔ ابھی وہ کھانے کی اشیاء لے ہی رہا تھا کہ کسی چیز نے جسے اس نے روانگی کے اشارہ پر گمان کیا اس کو چونکا دیا۔ وہ لائن کے پار اپنی گاڑی کی طرف لپکا اور انجن کو جو پہلے ڈبے کی طرف پیچھے ہٹ رہا تھا نہ دیکھ سکا۔ غالباً اس نے خطرہ اس وقت محسوس کیا جب بچنے کا وقت نہ رہا تھا اور اس خطرہ سے بچنے کی غرض سے جب وہ جھکنے لگا تو اس کا سر حائلات (buffers) کے درمیان پھنس گیا جس سے وہ فی الفور ہلاک

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1889.

ہو گیا۔ اس وقت اس کا بازو پھیلا ہوا تھا اور اس کے ہاتھ میں کچھ سامان خوردنی پکڑا ہوا تھا جو اُسنے تھوڑی دیر پہلے لیا تھا۔ چند گھنٹہ بعد بھی اس کا بازو ہنوز پھیلا ہوا تھا اور اس کے ہاتھ میں خوراک مضبوطی سے پکڑی ہوئی تھی۔ (۲) ایک پل کے ٹوٹ جانے پر ۱۴ اشخاص اچانک پانی میں گر پڑے اور ڈوب گئے۔ بارہ گھنٹے بعد جب لاشیں برآمد ہوئیں تو اکثر اشخاص کے جوارح اس مضبوطی سے پھیلے ہوئے تھے کہ ان کو تابوت میں ڈالنا بھی دشوار ہو گیا۔ (۳) ایک آدمی برف پر کھڑا سگرٹ سلگانے میں مشغول تھا کہ اس کا پاؤں پھسل گیا، جب لاش برآمد ہوئی تو اس وضع پر پائی گئی کہ جسم استادہ تھا اور سگرٹ اور دیا سلائی کی ڈبیہ انگلیوں کے درمیان پکڑی ہوئی تھی۔ ایک اور شخص جو وائرگیس (CO) سے تسمم ہو کر ہلاک ہو گیا تھا اس کی لاش سیدھی اور کھڑی وضع میں پائی گئی اور ایک ہاتھ سیڑھی کا ڈنڈا پکڑے ہوا تھا۔ واکاؤ (Wahncau) نے ایک عجیب و غریب واقعہ حکایت کیا ہے۔ ایک ۴۴ سالہ عورت کی لاش مکان کی بیرونی دیوار کے ساتھ اس جگہ جہاں یہ ایک حجرہ کے دروازہ کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتی تھی سہارا لئے استادہ وضع پر پائی گئی۔ بازو قدرتی انداز پر سینے پر بندھے ہوئے تھے اور سر قدرے سینہ پر جھکا ہوا تھا۔ یہ عورت پہلے عادی شراب خوار تھی اور غالباً تسمم بولی کی نوعیت کے حملہ سے مری تھی کیونکہ گردے چھوٹے اور ذراتی (granular) تھے۔ مارٹن[۵۲] (Martin) بیان کرتا ہے کہ میری آنکھوں کے سامنے ایک آدمی گولی سے ہلاک کر دیا گیا اور وہ پشت کے بل اس طرح گرا کہ بازو سامنے کی طرف اور ٹانگیں ہوا میں پھیلی ہوئی تھیں۔ لاش فوراً اس قدر اکڑ گئی کہ بازوؤں سے پکڑ کر لکڑی کی طرح گھمائی جا سکتی تھی اور معلوم ہوا کہ گولی کھوپری کے قاعدہ سے پار نکل گئی ہے۔ ریگنارڈ اور لوگ[۵۳] (Regnard and Loge) اپنے تجارب کا ذکر کرتے ہوئے جو انھوں نے تازہ سر بریدہ مجرموں کی لاشوں پر کئے تھے بیان کرتے ہیں کہ سر، دھڑ سے جدا ہونے کے دو منٹ کے بعد جبڑے مضبوطی سے بند تھے۔ چار منٹ بعد منہ ہنوز سختی سے بند تھا۔ کرختگی سر بریدگی سے

۵۱ Arch. d'Anthropologie, 1897 ۵۲ Ibid., 1896.
۵۳ Le Progres Medical, 1887.

تین گھنٹے تک ظاہر نہیں ہوئی اور بعدہٗ زیرین جوارح میں نمو پانے لگی چھ گھنٹہ تک بازوؤں میں ہنوز کرختگی کا شائبہ تک نہ تھا۔ قلب یعنی بطین اور اذین، سر بریدگی کے بعد ۲۵ منٹ تک توازن کے ساتھ اور زور کے ساتھ تڑپتا رہا اور اذین مزید ۴۰ منٹ تک۔ موت کے ایک گھنٹہ بعد جب قلب کھولا گیا تو بایاں بطین تو سخت اور منقبض پایا گیا اور دایاں ہنوز ملائم ہی تھا'

42

تنہا لحم مایہ کی ترویب سے، اس وقت جبکہ اس کے ساتھ دوسرے عامل نہ ہوں جیفی کرختگی کے فوری آغاز کی توجیہہ نہیں ہوسکتی۔ بعض شاہدین نے یہ فرض کر لیا ہے کہ موت کے بعد ہمیشہ ایک زمانہ ایسا ہوتا ہے جس میں عضلے مسترخی ہوتے ہیں جو حیوی عمل اور جیفی کرختگی کے مابین ایک حد فاصل ہوتا ہے مگر مذکورہ بالا مثالوں پر ایک نظر ڈالنے سے عیاں ہوجائے گا کہ واقعات اس مفروضہ کی نفی کرتے ہیں۔ اگر موت کے بعد عضلوں کا عارضی سے عارضی استرخا بھی ہوتا، تو وہ بھی محولۂ فوق واقعات کو پیش آنے سے روک دیتا۔ برفرونڈ (Bierfreund) کے تجربے یہ ثابت کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ نظام عصبی اور جیفی کرختگی کے مابین کوئی نہ کوئی علاقہ علیت ہے اور یہ کہ اول الذکر آخر الذکر کے آغاز پر اثر ڈالتا ہے۔ فاک اور شراف (Falk and Shroff) نے تجربتاً ثابت کر دکھایا ہے کہ لُب کی خراش سے فوری جیفی کرختگی پیدا ہو جاتی ہے۔ سیڈل (Seydel) نے طبی قانونی مداولت (practice) میں پیش آنے والے واقعات کو دو گروہوں میں تقسیم کیا ہے۔ (ا) سر کے تضررات، غالباً وہ جن میں لُب کی خراش بھی پائی جاتی ہے (ب) غازوں کا سمی اثر خواہ یہ کاربن مانا کسائیڈ (CO) کا ہو یا غرقاب شدہ یا دم گھٹے ہوئے اجسام میں کاربن ڈائیکسائیڈ (CO_2) کا۔ کہا جاتا ہے کہ مفروضہ تشنج اور تنفس کے مراکز لُب کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتے ہیں اور ممکن ہے کہ فوری کرختگی ان مراکز کی خراش ہی سے واقع ہوئی ہو۔ اس مفروضہ پر ایک اعتراض یہ ہے کہ پھانسی یا غرقابی سے واقع شدہ حبس دم کی وجہ سے جو موت واقع ہوتی ہے اس کے بعد فوری کرختگی کسی طرح سے بھی ہمیشہ ظاہر نہیں ہوتی اور یہ دیکھا گیا ہے کہ جب

فوری کرختگی اس وجہ سے پیدا ہوتی ہے تو ایسے افراد طاقتور عضلی نمو کے مالک ہوتے ہیں اصلی وجہ کچھ بھی کیوں نہ ہو، تاہم یہ باور کرنے کے لئے قوی وجہ موجود ہے کہ نظام عصبی فوری کرختگی کی پیدائش میں ایک اہم حصہ لیتا ہے۔ اس مضمون میں طبی قانون داں کے لئے بہت دلچسپی کا سامان ہے کیونکہ بسا اوقات قتل انسان کے خلاف اور خودکشی کے حق میں تنہا شہادت یہ ہوتی ہے کہ تمنچہ کا دستہ لاش کی انگلیوں میں پکڑا ہوا تھا۔

معمولی نوع کی کرختگی موتی جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے جبڑوں کے عضلات میں شروع ہوتی ہے اور چہرے اور گردن، دھڑ اور جوارح کے عضلات میں پھیل ہوتی ہے اور غایب بھی اسی ترتیب سے ہوتی ہے۔ بالفاظ دیگر جو عضلے سب سے پہلے اکڑتے ہیں وہی اس اکڑ کو سب سے پہلے کھوتے ہیں۔ یہ کرختگی تقریباً اس وقت زائل ہوتی ہے جب گندیدگی شروع ہوتی ہے۔ اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ امونیا (ammonia) کا محلل عمل ہے جو کہ نائٹروجینی (nitrogenous) ساختوں کی تحلیل سے پیدا ہوتی ہے۔ چونکہ مایوسین (myosin) قلیوں (alkalies) میں حل پذیر ہوتی ہے، لہذا اس نظریے کے مطابق اعمال گندیدگی سے خارج شدہ امونیا مایوسین کو حل کر کے عضلوں کو آزاد کر دیتی ہے۔ ہرمین اور برفروڈ (Hermann and Bierfreund) اور دیگر ماہران فعلیات اس نظریے کی مخالفت کرتے ہیں اور بیان کرتے ہیں کہ جیفی کرختگی تغیرات گندیدگی شروع ہونے سے پہلے ہی غائب ہونے لگتی ہے یا غائب ہو جاتی ہے ہرمین (Herman) نے اس ضیاع کو مایوسین (myosin) کے انحلال کی جانب منسوب کیا ہے اور یہ اس ترشے کی افراط کے باعث عمل میں آتا ہے جو کہ دوران کرختگی میں عضلات میں پیدا ہو جاتا ہے۔ اس نظریے کی تائید میں یہ امر ہے کہ ضیاع کرختگی ان عضلوں میں بھی دیکھا گیا ہے جن میں تیز ترشئی تعامل قایم رہتا ہے۔ اس امر پر بھی زور دیا جاتا ہے کہ گندیدگی کے درجے کا ترقی یافتہ ہونا ضروری ہے تاکہ امونیا کافی مقدار میں خارج ہو کر مایوسین کو حل کر سکے

حالانکہ اکثر اوقات کرختگی نمایاں درجہ کی تحلیل واقع ہونے سے پہلے ہی ضائع ہوجاتی ہے بیرفروڈ (Bierfreund) نے کرختگی کے معدوم ہوجانے کے بعد جب عضلوں کا خردبین سے معائنہ کیا تو گندیدگی کے جراثیم یا تو موجود ہی نہیں پائے یا صرف عضلوں کے بیرونی طبقات میں کہیں کہیں پائے ہلی برٹن (Halliburton) کا خیال ہے کہ حیقی کرختگی ایک غیر متعضی خمیر کے عمل کے سبب سے غائب ہوتی ہے جو مایوسین کو توڑ دیتا ہے نتیجہ یہ نکلا کہ گو حیقی کرختگی اس وقت زائل ہوتی ہے جبکہ گندیدگی شروع ہوتی ہے۔ تاہم یہ امر یقینی نہیں کہ اس کے ضیاع میں عفونت ایک لازمی عامل ہے۔ 43

جب حیقی کرختگی معدوم ہوجاتی ہے تو عضلے نرم اور ڈھیلے ہوجاتے ہیں گویا اب وہ مردہ ہوتے ہیں اور برقی تہیج کا ردعمل اس کے بعد نہیں کرتے۔ کرختگی کی مدت کتنی بھی قلیل ہو، مگر یہ ایکدفعہ غائب ہونے کے بعد کبھی عود نہیں کرتی۔ گویا موت کے بعد عضلی استرخا کے دو دور ہوتے ہیں جن کو کرختگی کا دور جدا کرتا ہے۔ استرخا کے پہلے دور میں عضلے ہنوز زندہ ہوتے ہیں اور تہییج کا جواب دیکر اپنی حیویت کا ثبوت دیتے ہیں کرختگی کے دور کے ابتدائی حصے میں بھی ان کی حیویت قائم رہتی ہے مگر پوشیدہ یا مستور ہوتی ہے۔ اس کے بعد وہ اپنی حیویت کھو دیتے ہیں اور جب کرختگی معدوم ہوجاتی ہے اور استرخا کا دوسرا دور شروع ہوجاتا ہے تو وہ زندہ مادے کی تمام خصوصیتوں سے مبرا پائے جاتے ہیں۔ بالفاظ دیگر وہ سالماتی موت کی حالت میں ہوتے ہیں۔

گندیدگی

(PUTREFACTION)

موت کے بعد معمولی حالات میں جو آخری مظہر واقع ہوتا ہے، گندیدگی ہے، یعنی متعضی بافتوں کا عنصری اجزا میں تحلیل ہونا۔ پیچیدہ عضوی

Text-Book of Chemical Physiology and Pathology.

اجسام بتدریج سادہ اشکال میں تحلیل ہو جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ آخرکار ٹوٹ کر غیر نامیاتی مادوں میں بدل جاتے ہیں۔ گندیدگی اس امر کی واحد قطعی دلیل ہے کہ موت ہو چکی ہے جو عامل گندیدگی کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں وہ یہ ہیں: خرد عضویے، نمی، ہوا، اور گرمی۔

خرد عضویے۔ گندیدگی کے عمل سے تعلق رکھنے والے عضویات کی تعداد بہت بڑی ہے اور ایک گروہ جس کو ہوزر (Houser) نے پروٹیس (proteus) کا لقب دیا ہے خاص طور پر قابل ذکر ہے۔ یہ جراثیم عالمگیر طور پر پائے جاتے ہیں اور اگر ان کی دخل یابی کو روکنے یا بافتوں کو ان کے استعمال کے ناقابل بنانے کے لئے خاص ذرائع نہ اختیار کئے جائیں تو مردہ جسم بالضرور ان سے مغلوب ہو جائے گا۔ نمی گندیدگی کی ترقی کے لئے سازگار ہے۔ انسانی جسم کے مختلف سیالات اور ملائم بافتوں کے اندر پانی کی ایک کثیر مقدار موجود ہوتی ہے جو گندیدگی کی اغراض کے لئے بہت کافی ہوتی ہے بشرطیکہ یہ مقدار سریع تبخیر کی وجہ سے ضایع نہ ہو جائے۔ اگر باہر سے نمی کا اضافہ ہو جائے، بالخصوص جب گرمی بھی ہو تو اس سے تحلیل از حد سریع ہو جاتی ہے۔ جن حالات کے ماتحت گندیدگی ہوتی ہے ان میں سے موافق ترین گرمی اور نمی ہیں بشرطیکہ ہوا کا آزادانہ دخل ہو۔ ہوا کی آکسیجن (oxygen) بھی کچھ حصہ لیتی ہے مگر جب ہوا عقیم ہو تو یہ بذات خود گندیدگی نہیں پیدا کر سکتی۔ بایں ہمہ چونکہ ہوا میں خرد عضویے ہمیشہ بافراط موجود ہوتے ہیں، ہوا کی دخل یابی جراثیم کی درآمد کے مرادف ہے اور جسم کی غیر ملبوس، نیم ملبوس یا کامل ملبوس حالت کے لحاظ سے لاش کی گندیدگی کی رفتار میں جو اختلاف پایا جاتا ہے، وہ ظاہر کرتا ہے کہ اس معاملے میں ہوا کہاں تک اثر رکھتی ہے۔ اگر لاش کچھ دیر تک باہر پڑی رہی ہو تو دیکھا جائے گا کہ وہ حصص کمتر متغیر ہوئے ہیں جو ہوا سے زیادہ محفوظ ہیں مثلاً پاؤں جو بوٹوں (boots) میں ہوں، درجہ تپش گندیدگی کی رفتار مقرر کرنے میں ایک اہم عامل ہے۔ ۶۰ سے ۷۰ تک کا درجہ تپش گندیدگی کی ترقی کے لئے سازگار ہے۔ یہی وجہ ہے کہ تغیرات گندیدگی موسم سرما

نسبت گرما میں زیادہ جلد ترقی کرتے ہیں۔ جب لاش معمولی طریق سے مدفون ہو تو قبر کی گہرائی رفتار گندیدگی پر اثر انداز ہوتی ہے، کیونکہ لاش جتنی بھی سطح کے قریب ہوگی اتنا ہی تپش کے موسمی اور روزانہ تغیرات کا زیادہ اثر پڑے گا۔ اور خرد عضویوں کے سوا باقی جتنے حالات گندیدگی کے لئے سازگار ہیں وہ تمام ایک مقررہ درجہ سے بڑھ جانے پر متضاد اثر رکھتے ہیں۔ جسم کا پانی کے اندر تمام تر ڈوبا ہوا ہونا گندیدگی کو روکتا ہے۔ ہوا کی فراوانی لگاتار رو کی شکل میں تبخیر پیدا کر کے بافتوں کو خشک کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ اور اس طرح تحلیل کو روکتی ہے۔ تپش کی دونوں سمتوں میں افراط غیر مساعد ہے۔ اگر درجہ تپش بہت زیادہ ہو تو نرم عضوں کو محنّط (mummify) کر دیتا ہے اور اگر بہت ہی کم ہو یعنی نقطۂ انجماد سے بھی نیچے ہو تو ہر قسم کے تغیرات گندیدگی کو ایک غیر معین وقت تک اور قطعی طور پر روک دیتے ہیں۔

44

یہاں تک تو رفتار کو تیز کرنے والے یا کم کرنے والے جن اثرات پر غور کیا گیا ہے وہ بیرونی تعلق کے تھے۔ اب صرف ان حالات پر غور کرنا باقی رہ گیا ہے جو جسم کے ذاتی حالات ہوتے ہیں اور اسے کم و بیش گندیدگی کی جانب مائل کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔

عمر۔ بچوں کے جسم بالغوں کی نسبت زیادہ جلدی سے گندیدگی پذیر ہوتے ہیں۔ دبلے، پتلے اور بوڑھے آدمیوں کے جسم آہستہ سے سڑتے ہیں۔ فربہی جسم کو گندیدگی کی طرف مائل کرتی ہے۔ اسلوب موت بھی ضروری عوامل میں سے ہے۔ غیر قوتی نوعیت کے امراض، مثلاً تپ محرقہ (typhoid) تمام عفونتی امراض، استسقا (dropsy)۔ جو موت کہ وسیع میکانکی تقشرات، بجلی اور بدررو کے گیسوں سے واقع ہو، یہ تمام اسباب عاجل گندیدگی پیدا کرنے کی طرف رجحان رکھتے ہیں۔ اس کے برخلاف جو اموات کہ سنکھیا یا سلفیورک ایسڈ (sulphuric acid) کے تسمم سے واقع ہوتی ہیں ان میں گندیدگی تاخیر سے واقع ہوتی ہے۔

امارات گندیدگی

بیرونی مناظر گندیدگی جو کہ ہوا میں ننگے پڑے ہوئے اجسام میں ظاہر ہوتے ہیں۔ گندیدگی کی سب سے اوّل بیرونی علامت موت سے دوسرے یا تیسرے دن بعد سبزی مائل بدرنگی کی شکل میں شکم کے وسط پر نمودار ہوتی ہے جو کہ اعضا تناسل تک پھیل جاتی ہے۔ اس طرز کی بدرنگی کے دیگر مراکز ٹانگوں گردن اور پشت پر نمودار ہوتے ہیں یہ مقلات دبانے سے دب جاتے ہیں۔ قرنیہ (cornea) کم و بیش شکن دار ہوتا ہے اور لبنی نظر آتا ہے۔ اس مرحلے پر یا اس سے قبل ہی یعنی موت سے ۴، ۵ دن بعد منہ سے ایک خون آلود سیال کف اور ہوا کے بلبلوں سمیت ٹپکتا ہے۔ جو غازیں کہ تحلیل سے پیدا ہوتی ہیں وہ شکم کے اندر اور جلد کے نیچے جمع ہو کر تمام جسم کو متمدد کر دیتی ہیں اور چہرہ تک ناقابل شناخت ہو جاتا ہے۔ زبان ہونٹوں کے درمیان نکل پڑتی ہے اور آنکھیں باہر نکل آتی ہیں۔ موت سے ۸ یا ۱۰ دن بعد قرنیہ منخفض ہو جاتا ہے اور مقعّر (concave) دکھائی دیتا ہے اور کچھ عرصہ بعد آبلے (bullæ) جو خون آلود مصل سے لبریز ہوتے ہیں سطح کے مختلف حصوں پر بن جاتے ہیں۔ تمام بدن سرخی مائل بھورا یا سبزی مائل ہو جاتا ہے اور غازوں سے اور بھی متمدد ہو جاتا ہے۔ بڑے بڑے رقبے جلد سے معرّا ہو جاتے ہیں اور بے شمار کیڑے جسم کو ڈھانک دیتے ہیں۔ مزید اعمال وہ ہیں جو کہ نرم حصوں کی آخری تحلیل میں پائے جاتے ہیں اور جن کو درجہ وار شناخت کرنا ناممکن ہوتا ہے۔

ہیولٹ[1] (Hewlitt) کہتا ہے کہ جرثومی فعالیت کے نتیجہ کے طور پر جو تغیرات سب سے پہلے نمودار ہوتے ہیں وہ پروٹیوسز (proteoses) اور پیپٹون (peptone) کی، پھر لیوسین (leucin) ٹاروسین (tyrosin) اور گلائیکوکال (glycocol) اور اساسی مرکبات کی جو کہ ٹومین (ptomine)

[1] Manual of Bacteriology.

کے نام سے موسوم ہیں تکوین ہے اور بعدہ انڈول (indole) سکیٹول (skatole)، فینول (phenol) اور طیران پذیر شحمی ترشوں کی اور سب سے آخر میں مرکیپٹان (mercaptan)، سلفریٹڈ ہائڈروجن (sulphuretted hydro-gen)، مارش گیس (marsh gas)، ایمونیا (ammonia)، کاربانک ایسڈ (corbonic acid) اور ہائڈروجن (H_2) کی تکوین ہے ۔

یہاں ایک خاص اثر کا ذکر کر دینا مناسب ہے جو استثناء کے طور پر ان غازوں کے دباؤ سے پیدا ہوتا ہے جو کہفۂ شکم میں رکی ہوتی ہیں ۔ جو حاملہ عورتیں بچہ جنے بغیر مرگئی ہوں ان میں گاہے ایسا ہوا ہے کہ موت کے بعد جنین خارج ہو گیا ہے ۔ ایولنگ[1] (Aveling) نے اس قسم کے ۴۴ واقعات جمع کئے تھے اور اور بھی وقتاً فوقتاً مندرج ہوتے رہتے ہیں۔ گرین[2] (Green) نے ایک مثال کی اطلاع دی ہے جس میں ایک ۲۰ سالہ عورت بحالت تشنج (جو غالباً تسمم بولی سے واقع شدہ تھا) مرگئی اس وقت جبکہ اس کے حمل کا آخری مہینہ تھا ۔ موت سے ۳۵ گھنٹے بعد لاش کی رانوں کے درمیان ایک قریب المیعاد بچے کی لاش دیکھی گئی اور منتکس رحم کا قاعدہ حبسیدہ مشیمے سمیت مہبل کی راہ سے باہر برز کئے ہوئے تھا اور رعجان بہت ہی پھنا ہوا تھا ۔ اگرچہ جس وقت موت کے دو گھنٹے بعد ماں کی لاش باہر رکھی گئی اس وقت بچے کا کوئی نشان تک نہ تھا ۔ جب ساقط شدہ رحم کو بحال کرنے کی کوشش کی گئی تو درون بطنی غازی دباؤ سے رحم پھر نکل آیا ۔ جسم کے تمام حصوں میں اعمال گندیدگی غیر معمولی طور پر ترقی یافتہ تھے ۔ شاذ مثالوں میں اغلب معلوم ہوتا ہے کہ بعد الموت ولادت کی وجہ رحم کا حقیقی انقباض ہوتا ہے جو کہ بدنی موت کے بعد فوراً عمل میں آتا ہے ، اور یہ اس طرح ممکن ہے کہ شاید رحم کا نظام عضلی بھی قلب کی مانند اپنی سالماتی حیویت کافی دیر تک برقرار رکھتا ہے ۔

45

رنگ کے تغیرات جو لاش میں نظر آتے ہیں ان کی پہلی وجہ سرخ دموی جسیموں کا گندیدگی سے تلف ہو جانا اور پھر ہیموگلوبن کا مصل میں حل ہو جانا ہے اس کے ساتھ ترکیب پا کر سلفر میتھیموگلوبن (sulphur methæmoglobin) H_2S

[1] The Lancet, 1895 [2] Obstetrical Trans., 1878

Fig. 1.—Cuticle from Hand after Five Weeks Immersion in the Sea.
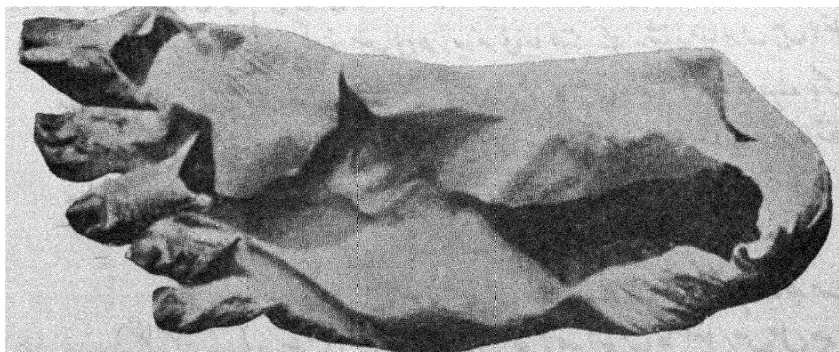
Fig. 2.—Cuticle from Foot after Five Months in the Sea; the Foot was covered with Stocking and Boot.

Fig. 1.—FORMATION OF ADIPOCERE IN CHEEKS AND SCALP AFTER FIVE MONTHS IMMERSION IN SEA WATER.
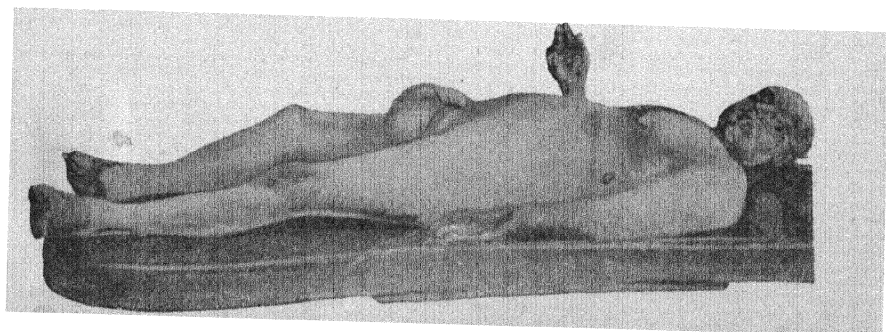
Fig. 2.—BODY RECOVERED FROM THE SEA AFTER FOUR WEEKS IMMERSION.

بناتی ہے جس کے محلول کی ایک نیلی تہ کا رنگ سبز ہوتا ہے تبدیل شدہ لونی مادہ بافتوں میں مرتشح ہو کر انھیں اسی رنگ سے رنگ دیتا ہے اور وریدوں کی تشریحی توزیع کو سیاہ خط ظاہر کرتے ہیں۔

جب جسم مدفون ہوتا ہے تو تابوت اور وہ مٹی جس میں یہ تابوت پڑا ہوتا ہے ہوا سے محفوظ رکھنے کی وجہ سے گندیدگی کی رفتار پر معتد بہ ابطائی اثر رکھتی ہے تابوت جس قدر زیادہ مضبوط اور ہوا بند ہوگا لاش اتنی ہی زیادہ دیر تک مصئون رہے گی لیکن نمایاں طور پر ایسا اسی صورت میں ہوگا جب لاش موت کے فوراً بعد تابوت میں رکھ کر بند کر دیجائے پیشتر ازیں کہ گندیدگی کے تغیرات شروع ہوں جب گندیدگی کے تغیرات جاری ہوں اس وقت لاش کو کسی ہوا بند تابوت میں سربمہر کر دینے پر ابطائی اثر اس قدر قوی نہیں ہوتا جتنا کہ تازہ لاش کی صورت میں ہوتا ہے بعض قسم کی زمینیں اپنے اندر مدفون شدہ لاشوں کو خواہ یہ بلا تابوت کے ہی گڑی ہوئی کیوں نہ ہوں حیرت انگیز طریقہ پر مصئون رکھتی ہیں۔ خشک ریتلی زمین بالخصوص جب حرارت بھی ہو بجائے گندیدگی کے بجائے تیبیس کو ترقی دیتی ہے حمائی (peaty) زمین گندیدگی کا ابطاء کرتی ہے غالباً ٹینک ایسڈ اور دیگر ترشوں کی وجہ سے یہ نباتی مادے سے ماخوذ ہوتے ہیں جن پر حمائی زمین زیادہ تر مشتمل ہوتی ہے۔

غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد اور اس صورت میں جبکہ غرقابی کے علاوہ دیگر وجوہ سے واقع شدہ موت کے بعد لاشیں فوراً پانی کے اندر ڈبو دی جاتی ہیں۔ گندیدگی جتنی ہوا میں ہوتی ہے اس سے بطی تر ہوتی ہے، کیونکہ ایک تو پانی کا درجہ تپش اوپر کی ہوا کے مقابل میں نسبتہً کم تر ہوتا ہے، دوسرے ہوا لاش سے دور ہوتی ہے۔ پہلے چند دن تک تو کوئی تبدیلی نہیں واقع ہوتی، لیکن اول ہفتے کے اختتام سے قبل ہی ہاتھ کی انگلیوں اور ہتھیلیوں اور پاؤں کے تلووں کی جلد مخمل (sodden) اور سفید ہو جاتی ہے۔ اور چہرہ خاکستری پیلا رنگ اختیار کر لیتا ہے۔ سب سے پہلی بدرنگی چہرے پر ظاہر ہوتی ہے جو کہ پھولکر سرخی مائل بھورا ہو جاتا ہے اور پپوٹوں اور

ہونٹوں پر سبز قطعے بن جاتے ہیں ۔ یہ بدرنگی گردن اور سینے تک اتر آتی ہے
بعض اوقات ثانی الذکر سطح پر چہرے سے پیشتر بھی کچھ سرخی نظر آتی ہے ۔
اب جلد بہت ہی جھری دار ہوتی ہے اور ۶ یا ۸ ہفتے کے بعد ہاتھوں اور پیروں
کی جلد، اکثر اوقات دستانوں سے ملتی جلتی شکل میں جیسا کہ پلیٹ
I میں دکھایا گیا ہے جھڑ جاتی ہے اور بال یا تو گر جاتے ہیں یا بالکل جڑیں چھوڑ دیتے ہیں
شکم تحلیلی غازوں سے از حد متمدد ہو جاتا ہے۔یہ غازیں عموماً قدرتی روزنوں کی
راہ سے خارج ہوتی ہیں۔یہ انتفاخ ایک سے زیادہ دفعہ پے درپے پیدا ہوتا
ہے لاش ہر انتفاخ پر پانی کی سطح پر تیر آتی اور غازوں کے اخراج کے بعد پھر
ڈوب جاتی ہے۔ دو یا تین مہینے کے بعد بازوؤں، سینے اور ٹانگوں کی جلد سبز
ہو جاتی ہے گالوں اور لاش کے دیگر حصص شحموم (adipocere) کے قطعے بن جاتے
ہیں جیسا کہ پلیٹ .II .1 میں دکھایا گیا ہے۔نرم حصے ایک یا دو ماہ اور گزرنے پر الگ ہو جاتے ہیں بعد
میں ہڈیاں بھی جدا ہو جاتی ہیں ۔ ہاروی لٹل جون (Harvey Littlejohn) نے اس
امر کی طرف توجہ منعطف کرائی ہے کہ جو لاشیں سمندر سے دستیاب ہوتی ہیں
وہ بعض حیرت انگیز مناظر پیش کرتی ہیں۔ایک منظر یہ ہوتا ہے کہ لاش کے سطحی
حصے سرعت سے تباہ ہو جاتے ہیں کیونکہ لاش کے تمام تغیرات گندیدگی تازہ
پانی کی نسبت سمندر میں زیادہ بطی ہوتے ہیں ۔ سطحی حصوں کی سریع تباہی کا
سب سے بڑا سبب مچھلیوں اور بالخصوص کیکڑوں کے حملے ہوتے ہیں پلیٹ
.II .2 میں یہ بات بخوبی دیکھی جا سکتی ہے۔جہاں کہ بربادی باقی جسم کی نسبت
چہرے اور ہاتھوں میں بہت ہی زیادہ حد تک پہنچ چکی ہے۔ہاروی لٹل جون
(Harvey Littlejohn) نے موت سے ۱۰ دن کے اندر اندر سر اور چہرے
اور ہاتھوں اور پاؤں کی تمام ہڈیاں نوچکر ایسی صاف کی ہوئی دیکھی ہیں ۔ 46
جیسے یہ تشریحی نمونے ہیں ۔بعد الموتی نضررات اس سے بھی زیادہ کثیر الوقوع
ہیں، اور ہو سکتا ہے کہ سطح جسم کی خراشیں نمکیں پانی کے عمل کے باعث شوخ
سرخ یا پیازی رنگ کی ہوں ۔ ایک مثال میں باجرے کے بیج (millet
seed) سے شاہ دانہ کی گٹھلی (cherry-stone) تک کی جسامت کے

کیلشیم فاسفیٹ (calcium phosphate) کی قلمیں پلورا کے ساتھ مضبوطی سے متضم پائی گئیں۔

یہ دیکھا جائے گا کہ پانی میں گندیدگی سے پیدا ہونے والے لونی تغیرات کی ترتیب ہوا میں کی ترتیب سے مختلف ہوتی ہے۔ پانی میں لونی تغیرات چہرے سے شروع ہو کر نیچے کی جانب پھیلتے ہیں مگر ہوا میں شکم سے شروع ہو کر نیچے اور اوپر دونوں جانب پھیلتے ہیں۔ لاش خواہ غرقاب شدہ شخص کی ہو (جو لگاتار پانی میں پڑی رہی ہو) خواہ موت کے بعد پانی میں پھینک دی گئی ہو پانی میں یہ ترتیب دونوں صورتوں میں ظہور پذیر ہوتی ہے۔ بشرطیکہ اس سے پہلے ہوا میں واقع ہونے والی تحلیل شروع نہ ہو چکی ہو۔ جب کوئی لاش پانی میں ایک ہفتہ یا اس کے قریب مدت تک پڑے رہنے کے بعد نکال لی جائے تو غالباً اس میں امارات گندیدگی بہت کم نظر آئیں گی مگر اس کے بعد ہوا میں ذرا سی مدت کھلی پڑے رہنے سے گندیدگی نہایت تیز رفتار سے بڑھ جائیگی اور ایک ہی دن کے اندر اس سے زیادہ تبدیلی پیدا ہو جائے گی جو پانی میں کتنے مزید ہفتوں کی غرقابی سے پیدا ہو سکتی تھی۔ عفونت کی رفتار پانی میں بہت سے عوامل کے زیر اثر ہے۔ پانی کا درجہ تپش، جسم کی پوشش، غرقابی کا درجہ اور تسلسل، یہ سب کے سب عوامل ہیں۔ پایاب اور رکا ہوا (stagnant) پانی گہرے پانی کی بہ نسبت یا اس پایاب پانی کی بہ نسبت جس میں روانی ہو، زیادہ گندیدگی زا ہوتا ہے۔ بداہتہً تمازت آفتاب کا سب سے زیادہ اثر اول الذکر حالت ہی میں ہوتا ہے۔ اگر جسم لباس کی وجہ سے بخوبی محفوظ ہو تو ترقی گندیدگی میں تعویق ہوتی ہے۔ گہرے پانی میں مکمل اور مسلسل اغراق کمی درجہ تپش اور فقدان ہوا کے مرادف ہے، لہذا یہ گندیدگی کو بطی کرتا ہے۔ لاشیں بالعموم اس طرح تیرتی ہیں کہ سر اور جوارح پانی کے لیول کے نیچے رہتے ہیں۔ مردوں کی لاشیں مکبوب وضع میں اور عورتوں کی لاشیں بوجہ شکم اور پستانوں کی شحمی بافت کے اضطجاعی وضع میں تیرتی ہیں۔ اول الذکر کی صورت میں پشت اور آخر الذکر کی صورت میں پیٹ آبی لیول پر یا آبی لیول کے قریب رہتا ہے۔ جن مُردوں میں شکمی چربی زیادہ

ہوتی ہے۔ اِن کی لاشیں اضطجاعی وضع میں بھی تیر سکتی ہیں جب لاش تیر کر سطح پر آجاتی ہے تو گندیدگی کی رفتار تیز ہو جاتی ہے بالخصوص اگر آفتاب کی شعائیں گرم ہوں بخلاف اگر کسی سبب مثلاً پانی کی تہ پر چکنی کیچڑ کی ایک موٹی تہ کی موجودگی یا۔ نباتات، رسوں یا دیگر موانع سے واقع شدہ الجھن سے لاش تیرنے سے باز رہے تو اس کے برعکس اثر پیدا ہوتا ہے۔

کیسپر (Casper) نے ہوا، پانی اور زمین میں تغیرات گندیدگی کی حسب ذیل نسبت زمانی دی ہے فرض کیجئے کہ تینوں صورتوں میں اوسط درجہ تپش یکساں رہتا ہے تو ہوا میں ایک ہفتہ، پانی میں دو ہفتوں کے اور زمین میں معمولی طریق کی تدفین کے ۸ ہفتوں کے برابر ہوتا ہے۔

اندرونی گندیدگی مناظر۔ اندرونی اعضا میں کثافت، سختی، اور اپنی ساخت کے اندر سیال کی ایک خاص مقدار رکھنے اور ہوا کے لئے قابل باریابی ہونے کے اعتبار سے جو ذاتی اختلافات ہیں ان کے باعث ایک کم و بیش باقاعدہ ترتیب سے گندیدگی قبول کرتے ہیں۔ کیسپر (Casper) نے طویل تجربہ کی بنا پر ذیل کی ترتیب مقرر کی ہے۔

وہ جو سرعت سے سڑتے ہیں

۱۔ حنجرہ اور قصبۃ الریہ	(larynx and trachea)
۲۔ شیر خوار بچوں کا دماغ	(brain of infants)
۳۔ معدہ	(stomach)
۴۔ امعاء	(intestines)
۵۔ طحال	(spleen)
۶۔ ثرب اور ماساریقا	(omentum and mesentery)
۷۔ جگر	(liver)
۸۔ بالغ کا دماغ	(adult brain)

وہ جو آہستہ آہستہ سڑتے ہیں

قلب	(heart)

پھیپھڑے (lungs)

گردے (kidneys)

مثانہ (bladder)

مری (œsophagus)

لبلبہ (pancreas)

ڈایافرام (diaphragm)

عروق دموی، (blood-vessels)

رحم (uterus)

47 حنجرے اور قصبہ کی غشاء مخاطی موسم گرما میں ۳ سے ۵ دن کے اندر اور موسم سرما میں ۶ سے ۸ دن کے اندر شوخ یا بھورے سرخ یا سبزی مائل رنگ کی پائی جاتی ہے اور اس زمانہ میں بیرونی لونی تغیر صرف ایک ہوتا ہے یعنی شکم کا۔ بچے کی ہڈیوں میں عظمی انضمام کی عدم موجودگی ہوا کو ایک ایسے عضو میں آسانی سے داخل کر دیتی ہے جو تحلیل کی بہت خفیف مدافعت کرتا ہے، اس لئے بچوں کا دماغ بڑوں کی نسبت جلد تر سڑتا ہے۔ موت کے تقریباً ۵ یا ۶ روز بعد معدہ کے قعر میں میلے سرخ منفرد قطعوں کی شکل میں ابتدائی عفونت کی علامات نظر آتی ہیں، جو سب سے اول تابع حصص میں دکھائی دیتی ہیں جہاں کہ بعد الموت دھبے واقع ہوتے ہیں۔ معدے میں خراش آور زہروں سے پیدا شدہ التہابی علامات پر بعد الموتی تغیرات کے دھوکے کا سد باب کرنے کے لئے سخت احتیاط درکار ہے۔ طحال معدے سے پہلے بھی سڑ سکتی ہے۔ بالعموم جگر موت سے کئی ہفتے بعد تک سخت پایا جاتا ہے۔ مرارہ (gallbladder) اور بھی زیادہ دیر تک عفونت کی مدافعت کرتا ہے۔ بالغ کا دماغ موت کے بعد جلد سکڑ جاتا ہے اور نصف کرے ملائم ہو جاتے ہیں مگر دماغ کو پگھلکر سرخی مائل گودے میں تبدیل ہونے میں (جو کہ بچوں میں اس قدر جلد دکھائی دینے لگتا ہے) عام حالات میں کئی مہینے صرف ہو جاتے ہیں۔ باقی ماندہ اعضاء نسبتاً دیر میں سڑتے ہیں۔ قلب اس وقت جب کہ معدہ اور جگر تحلیل کے ترقی یافتہ درجے میں ہوتے ہیں خاصا تازہ معلوم ہوتا ہے۔

اور اس میں اُس درجہ کی تحلیل پیدا کرنے کے لئے بہت مہینے لگتے ہیں پھیپھڑوں میں عفونتی تغیرات بالعموم قلب کے تغیرات کے ساتھ ہی ظاہر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ایسے وقت عمدہ حالت میں ہوں جبکہ بیرونی امارات عفونتی خوب ترقی یافتہ ہوں۔ سب سے پہلی علامت یہ ہوتی ہے کہ پھیپھڑے کی سطح پر مختلف جسامت کے پھیکی رنگت کے سرخ داغ نمودار ہوتے ہیں اور ان مقامات پر پلورا تحلیلی غازوں کی وجہ سے ابھر آتا ہے۔ یہ چھوٹے چھوٹے آبلے اکثر اوقات نسبتہً تازہ لاشوں میں بھی ملتے ہیں، مگر مزید تغیرات جبتک کہ عمومی تعفن کافی حد تک ترقی نہ پالے ہرگز ظاہر نہیں ہوتے جبکہ پھیپھڑوں کا رنگ تبدیل ہوکر گہرا بوتلی سبز اور آخر کار سیاہ ہو جاتا ہے۔ بعدہٗ پھیپھڑے ملائم ہوکر برباد ہوجاتے ہیں۔ گردے دیر تک مدافعت کرتے ہیں اور موت سے ایک معتدبہ وقفہ کے بعد ملائم ہوکر سیاہی مائل سبز رنگ اختیار کر لیتے ہیں۔ مثانہ اور بھی زیادہ مدافع ہوتا ہے اور مری (œsophagus)، باقی ماندہ ہضمی خطہ کی بہ نسبت بہت زیادہ دیرپا ہوتی ہے۔ لبلبہ بھی اس وقت تک نہیں سڑتا جب تک کہ جسم مجموعی طور پر تحلیل نہ ہو لے۔ ڈایافرام (diaphragm) موت کے بعد ۴ سے ۶ مہینے تک دیکھا جا سکتا ہے اور اس کی عضلی اور وترعرضی (aponeurotic) ساختیں تمیز کی جا سکتی ہیں۔ بڑے عروق بہت دیر تک قایم رہتے ہیں ڈیویرژی (Devergie) نے ایک لاش میں جو چودہ ماہ تک مدفون رہ چکی تھی اورطی (aorta) کو بخوبی قابل شناخت پایا۔ جسم کے تمام نرم اعضا میں سے رحم سب سے زیادہ دیر تک مدافعت کرتا ہے اور اس سے اس وقت جب کہ بیرونی اعضا عفونت سے برباد ہو چکے ہوں نہ صرف لاش کی صنف بلکہ حمل کی موجودگی یا عدم موجودگی یا تازہ ولادت بھی دریافت کی جا سکتی ہے، جیسا کہ ایک بدبودار تحلیل شدہ لاش میں جو ۹ ماہ تک چہ بچہ میں پڑی رہ چکی تھی کیسپر (Caspar) نے کیا تھا۔

موت کے بعد عفونت پذیر لاش کے معائنہ سے پہلے کتنا وقفہ گزرا ہے، اس کا قریب قریب اندازہ بھی لگانا ناممکن ہے۔ موت کے بعد مقررہ

وقفنوں میں درجہ عفونت اس قدر انتہائی طور پر اختلاف پذیر ہے کہ اوسط مقرر کرنے کی کوشش بے کار ہے۔ غیر معمولی طور پر جلد واقع ہونے والی عفونت کی کثیر التعداد مثالوں میں سے ایک ہی واضح مثال لیجئے جو کہ ٹیلر (Taylor) اور ولکس[1] (Wilks) نے درج کی ہے۔ ایک ۲۶ سالہ مرد ٹائیفائیڈ تپ (typhoid fever) اور لفائفی (ileum) میں انثقاب کی وجہ سے ماہ نومبر میں مر گیا۔ موت کے ۱۶ گھنٹے بعد کوئی جمود موتی موجود نہ تھا۔ تمام جسم پھولا ہوا تھا اور خلوی بافت اس قدر نفاخی (emphysematous) تھی کہ جلد کو چھید نے پر گیس خارج ہوئی تھی جس کو آسانی سے آگ لگائی جا سکتی تھی۔ سطح کا رنگ سرخی مائل تھا۔ اندرونی اعضا سیاہی مائل، ملائم اور بے حد تحلیل شدہ تھے اور سخت بدبو پھیلا رہے تھے۔ جگر غاز (gas) سے پُر تھا۔

جو عفونتی تغیرات غیر طبعی عجلت سے واقع ہوتے ہیں وہ اس معمولی ترتیب کے پابند نہیں ہوتے جس کا آغاز متذکرہ صدر بیان کے مطابق پیٹ پر ایک سبز قطعہ کی صورت میں ہوتا ہے بلکہ بدنی سطح تمام کی تمام معاً سُرخ رنگ اختیار کر لیتی ہے جس میں سیاہ خطوط سطحی اوردہ کے ممرات ظاہر کرتے ہیں یہ منظر بہت کچھ ایسا منظر ہوتا ہے گویا ابتدائی مدارج یا تو حذف ہی کر دیے گئے ہیں یا عجلت سے گذار دیے گئے ہیں اور جس حالت کی پیدائش کے لئے عام طور پر ۱۰ یا ۱۲ یوم درکار ہوتے ہیں اسے اتنے ہی گھنٹوں میں طے کر لیا جاتا ہے۔

اس کے برعکس انتہائی مثال ٹیلر اور سٹیونسن[2] (Taylor and Stevenson) نے بیان کی ہے کوئی نوجوان جو یکایک مر گیا اس کی لاش ایسے فطرتی منظر پر قائم رہی کہ اسکے احباب اسے سکتہ ہی خیال کرتے رہے اور جب تک موت کو ۳۵ دن نہ ہو گئے، انھوں نے معائنہ تک کی اجازت نہ دی۔ اس وقت لاش کے اتنے طول عرصہ گرم فضا کے زیر اثر پڑے رہنے کے باوجود بھی یہ پایا گیا کہ عفونت نے بہت حد تک ترقی نہیں کی۔

ان انتہاؤں کے مدنظر یہ ایک صریحاً ناممکن امر ہے کہ لاش کے

48

---

[1] Guy's Hospital Reports, 1868

[2] Principles and Practice of Medical Jurisprudence

درجہ عفونت کا اندازہ محض اس وقفہ کی مدت سے لگایا جاسکے جو موت کے بعد گزر چکا ہے۔

بایں ہمہ ممکن ہے کہ بعض حشراتیاتی (entomological) تحقیقات جو میگنن[1] (Megnin) اور دوسروں نے لاش کے فانا (fauna) کے متعلق انجام دیں مفید ثابت ہوں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ حشرات کے مختلف انواع تحلیل پذیر لاش کی پے درپے خارج شدہ بُوؤں سے فوراً فوراً یہ پہچان لیتے ہیں کہ ان بوؤں کو ایک مناسب غذائی واسطہ میں بدلنے کے لئے جس درجۂ عفونت کی ضرورت ہے وہ کب آتا ہے میگنن (Megnin) نے معلوم کیا کہ حشراتِ حیات کے گروہوں کے توالی میں ایک باقاعدہ ترتیب ہوتی ہے اور موت کے بعد گزرے ہوئے وقفہ کا اندازہ اس امر سے لگایا جاسکتا ہے کہ اس وقت لاش پر کونسے نوع کا کیڑا موجود ہے۔ ان گروہوں میں سے سب سے اول میں معمولی مگس خانہ شامل ہے جو لاش پر مرنے کے بعد شروع کے دنوں میں انڈے دیتی ہے۔ موسم گرما میں انڈوں کو کامل تکوین یافتہ حشرات کے درجہ تک نمو پانے میں تین ہفتے لگتے ہیں گویا اگر زرگونہ خالی پایا جائے تو یہ اس امر کا ثبوت ہے کہ موت کے بعد اس سے زائد عرصہ گزر چکا ہے دوسرا گروہ لوسیلیا (lucilia) اور سارکوفیگا (sarcophaga) کی جنس (genera) کی مکھیوں پر شامل ہے جو کہ موت کے تین چار ون بعد جو نہی کہ علامات عفونت صاف صاف ظاہر ہونے لگی ہیں کشش ہوتا ہے۔ ایک تیسرا گروہ کولیوپٹرا (coleoptera) اور لیپیڈوپٹرا (lepidoptera) کا ہے جو موت سے تین چار ماہ بعد جبفی شحم کے تحلیل ہونے کی وجہ سے کشش ہوتا ہے۔ ایک چوتھا گروہ مکھیوں [پیوفیلا (piophila) اور انتھومایا (anthomyia)] پر کلیوپٹرا (cleoptera) [نکروبیا (necrobia)] سمیت شامل ہے جو کہ موت کے بعد ۸ ماہ میں ظاہر ہونے والے درجۂ عفونت سے کشش ہوتا ہے۔ میگنن (Megnin) کرموں کے ۸ گروہوں کے سلسلہ کے ذریعہ ترقی عفونت کا پتہ لگاتے ہوئے موت کے بعد چوتھے سال تک پہنچا ہے جبکہ شمار کا یہ طریقہ ختم ہوجاتا ہے۔ جانسٹن اور ویلینیوو[2] (Johnston and Villeneuve) نے اس امر کی طرف توجہ منعطف کرائی ہے کہ حشراتی معطیات (data) کو طب قانونی میں استعمال کرنے سے پیشتر یہ ضروری ہے کہ انسانی جسموں پر مشاہدات وتجربات مختلف

---

[1] La Faune des Cadavres, 1894.

[2] Montreal Med. Journ., 1887

مقامات پر عمل میں لائے جائیں کیونکہ ان کی رائے میں جو تجربات اسفل حیوانات کے اجسام پر کئے جاتے ہیں وہ مغالطہ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں ۔

احشاء کے عفونتی تغیرات چند ایسے ہیں کہ جن کا التہابی تغیرات سے تمیز کرنا ضروری ہے مثلاً معدے اور آنتوں میں بعض منظر ایسے بھی نظر آتے ہیں جو اگرچہ کہ عفونت کا نتیجہ ہوتے ہیں تاہم ممکن ہے کہ ان پر خراش آور زہر کے اثرات کا دھوکا ہو۔ پس پہلا امر جو یاد رکھنا چاہیئے یہ ہے کہ عفونت کی سرخی تمام ان بافتوں میں جن سے ایک عضو مرکب ہوتا ہے پھیل جاتی ہے اور اس لحاظ سے جو کچھ بھی اختلاف ہے وہ ان ساختوں کی جو عضو کی تکوین میں حصہ لیتی ہیں اختلاف پذیر کثافت پر مبنی ہوتا ہے۔ معدے کی ایسی سرخی جو حبات میں کسی خراش آور کے عمل کا نتیجہ ہوتی ہے غشاء مخاطی تک محدود رہتی ہے ۔ اور وہ سرخی جو عفونت کا نتیجہ ہوتی ہے وہ عضلی طبقوں پر بھی پھیل جاتی ہے جاد التہاب معدہ کے بعد غشاء مخاطی ان ساختوں سے جن پر وہ ٹکا ہوتا ہے آسانی سے علیٰحدہ کیا جا سکتا ہے، مگر یہ حالت عفونت کے بعد دیکھنے میں نہیں آتی۔ بہ نسبت التہابی بدرنگیوں کے بعدالموت سرخی کا ممر عروق دموی کی توسیع کی زیادہ واضح متابعت کرتا ہے۔ موت کے بعد ملتہب حصے کے عروق دموی خون سے پُر ہوتے ہیں اور عفونتی سرخی کے قطعہ کے عروق یا تو خالی ہوتے ہیں یا گیسوں سے متمدد ہوتے ہیں۔ مصلی کہفوں میں سیال بھی پایا جا سکتا ہے جو کہ درحیاتی ارتشاح سے التہابی حاصلات (قیحی جسیموں، غشاء کے ٹکڑوں، ارتشاحی جسیموں وغیرہ کی عدم موجودگی) اور نیز غشاء کی کثافت کی عدم موجودگی کے ذریعہ تمیز کیا جا سکتا ہے ۔

ایسے دو استثنائی اعمال ہیں کہ جو معمولی عفونیت کی بجائے ظاہر ہوتے ہیں تحنیط (mummification) اور نرم حصوں کا شحمی موم (adipocere) میں تبدیل ہونا ۔

49

تحنیط (MUMMIFICATION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ جسم کے نرم حصے متیبس ہو جاتے ہیں اور بجائے اس کے کہ ذوبی عفونت کے ذریعہ تلف ہو جائیں سوکھ کر یا تو چمڑے کی مانند سخت تو دوں کی صورت میں محفوظ ہو جاتے ہیں یا شکستنی ہو جاتے ہیں۔ انگلستان جیسی آب و ہوا میں صرف استثنائی حالات کے ماتحت تحنیط ہو سکتی ہے اس کیلئے گرم اور خشک ہوا کی ضرورت ہے جو سب سے زیادہ موثر اس وقت ہوتی ہے جب حرکت میں ہو۔ زیر زمین تحنیط گرم ممالک کے ریتیلے حصوں میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ نوزائیدہ بچوں کی محنط شدہ لاشیں یا تو صندوقوں میں ملی ہیں یا مکان کے شہتیروں اور نیچے کے کمرے کی چھت گیری کے درمیان خشک ہوا کی روؤں کے زیر اثر پائی گئی ہیں۔ تحنیط ہونے کے لئے جو مدت درکار ہے وہ مختلف حالات میں اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ تحنیط تین ماہ میں ہو جاتی ہے۔

شحمی موم (ADIPOCERE)

جس شئے پر اس نام کا جو کہ شحم (adeps) اور موم (cera) سے مشتق ہے، اطلاق کیا جاتا ہے، وہ ایک غیر خالص ایمونیائی (ammoniacal) صابون ہے اس کا اساس اولیئک (oleic) اور اسٹیرک (stearic) ترشوں کے ایمونیا (ammonia) سے مرکب ہے جس کیساتھ عضوی بافتوں سے ماخوذ شدہ ریشے اور دیگر چیزے، پوٹاش، سوڈا، چونے، فولاد کے املاحات کی مختلف مقدار بھی آمیز ہوتی ہے بعض حالات میں یہ اساس ایمونیا کے بجائے چونے کا ہوتا ہے غالباً اس وجہ سے کہ جس واسطے میں لاش پڑی ہوتی ہے، اس کے اندر چونے کی بڑی مقدار ہوتی ہے۔ اس کے دو بڑے بڑے جز یعنی شحم اور ایمونیا جسم کے نرم حصوں سے ماخوذ ہوتے ہیں اور موخر الذکر یعنی شحم نائٹروجنی بافتوں کی تحلیل سے پیدا ہوتی

ہے۔ فربہ اشخاص اور بچوں میں (جن میں عام طور پر شحمی بافت وافر ہوتی ہے) لاش کے شحمی موم میں تبدیل ہونے کا احتمال اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا دبلے پتلے شخصوں کے جسموں میں ہوتا ہے۔ باایں ہمہ اغلب ہے کہ وہ شحمی ترشے جو شحمی موم کی تکوین سے تعلق رکھتے ہیں، شحمی بافتوں کے علاوہ جو کہ عین بوقت موت موجود ہوتی ہیں جزئی طور پر وٹینوں سے بھی ماخوذ ہوں کیونکہ ایسی ترقی یافتہ کئی لاشوں میں جن میں جسم کے نرم حصے تقریباً تمام کے تمام شحمی موم میں تبدیل ہو گئے ہیں جو مناظر پائے جاتے ہیں وہ اس نظریہ سے کہ ترشے محض پہلے سے بنی ہوئی شحم سے ماخوذ ہیں نقیض ہوتے ہیں۔ بیرونی حالات جو شحمی موم کی تکوین کے مساعد ہیں وہ یہ ہیں، لاش کی غرقابی اور اس کا مرطوب زمین یا مردوں سے بھرے ہوئے گورستان میں دفن رہنا۔ چونکہ یا تو تکوین صابن (saponification) کو ترقی دیتے ہیں یا معمولی عفونت کو، یعنی بعض اوقات اس کو اور بعض اوقات اُس کو۔ تکوینِ صابون جس وقت شروع ہوتی ہے اس سے پیشتر عفونت ایک محدود درجے تک پیدا ہو چکی ہوتی ہے۔

شحمی موم (adipocere) موم کی شکل کی، ایک چکنی محسوس ہونے والی چیز ہے۔ اور اس کی کثافت اضافی پانی سے کمتر ہوتی ہے اس کا رنگ تقریباً سفید سے لیکر سیاہی مائل بھورے تک اختلاف پذیر ہوتا ہے اور اس کی بو سخت ناگوار ہوتی ہے خاص کر جب اسے گرم کیا جائے۔ اگر اسے توڑا جائے تو اس میں ریشوں کے شائبات دکھائی دیتے ہیں جن کے شبکوں کے درمیان صابون کا جماؤ ہوتا ہے۔ سیویڈلی (Cevidalli) نے بتلایا ہے کہ ہتھیلی اور لچکدار بافتوں کے اس طرح قائم رہنے سے صابن بننے والے تمام اعضا کی تشریحی ساخت معلوم ہو جاتی ہے۔ شحمی موم ایک بہت ہی مستقل (stable) شئے ہے اور سالہا سال تک قائم رہ سکتی ہے۔

50

چونکہ شحمی موم کی تکوین کے لئے جو عرصہ درکار ہے وہ بہت سے اندرونی اور بیرونی حالات پر موقوف ہے اس لیے قدرتاً اختلاف پذیر ہے یہ خیال قائم کیا گیا تھا کہ شحمی موم کی تکوین کے لئے کم از کم مدت جس کی ضرورت ہے تقریباً

لے Vierteljahrsschr. d ger.Med., 1906.

دو یا تین ماہ کی غرقابی ہے، مگر اس کے آثار ۴ یا ۵ ہفتے کے اندر اندر بھی پائے گئے ہیں۔ مرطوب زمین میں اس سے زیادہ عرصہ لگتا ہے یعنی ۸ سے ۱۲ ماہ تک۔
یہ امر قابل تسلیم ہے کہ لاشوں میں تکوین صابن کی علامات معتدل ممالک میں اور ایسے حالات کے ماتحت جو تکوین صابون کیلئے سازگار ہوں موت سے ایک ماہ بعد دیکھی جا سکتی ہیں، لیکن تمام نرم حصوں کے شحمی موم میں تبدیل ہونے کے لئے بہت سال درکار ہوتے ہیں۔

گرم آب وہوا میں یہ عمل تحیر خیز سرعت سے ہوتا ہے۔ ذیل کے واقعات میکنزی (Mackenzie) نے رپورٹ کئے ہیں جو کلکتہ میں پیش آئے (۱) ایک ہندو مرد جو گھوڑے کی لات سے ہلاک ہو گیا تھا، دوسرے دن دفنایا گیا۔ دفن کرنے کے چار دن بعد لاش کو قبر کھود کر اس غرض سے نکالا گیا کہ تفتیش عمل میں لائی جا سکے۔ لاش ترقی یافتہ تکوین صابون کی حالت میں تھی قلب اور جگر تک صابن بن چکے تھے۔ (۲) ایک نوجوان چینی (Chinese) عورت جس کے متعلق بیان کیا گیا تھا کہ دوران وضع حمل میں ہلاک ہو گئی ہے، دفنا دی گئی کچھ حالات کیوجہ سے تفتیش لازمی ہو گئی اور جب لاش کو تدفین کے ۷۰ گھنٹے بعد قبر کھود کر نکالا گیا تو بہت حد تک صابون بنی ہوئی پائی گئی۔ یہ لاشیں ایسی نرم اور مسامدار زمین میں دبائی گئی تھیں جو نمی سے سیر شدہ تھی اور جس کا درجہ تپش بہت بلند تھا۔ موخر الذکر لاش لکڑی کے تابوت میں بند تھی۔ (۳) ایک نوجوان فرنگی دریائے ہگلی میں ڈوب گیا اور اسکی لاش سات دن کے بعد باز یافت ہوئی جو کہ ظاہرا تکوین صابون کی ترقی یافتہ حالت میں تھی پھیپھڑے، قلب، جگر، معدہ اور آنتیں یہ سب صابن بن چکے تھے۔ لیکن جو امر زیادہ تحیر خیز تھا وہ یہ تھا کہ معدے کے اندر غیر منہضم غذا یعنی گوشت اور آلو پائے گئے جن میں سے گوشت سارے کا سارا صابن بن چکا تھا، لیکن آلوؤں میں ذرا بھی تبدیلی واقع نہ ہوئی تھی۔ شحم موم میں جلد تبدیل ہونے کی اور بھی مثالیں جو ہندوستان میں ظہور پذیر ہوئیں درج ہیں۔ اور ایک مثال میں لاش صرف دو ہی دن میں اندرونی اور بیرونی طور پر صابن میں تبدیل ہو گئی۔

The Indien Med gazette, 1889. لے

احراق (CREMATION)

لاشوں کو بذریعہ آگ کے ٹھکانے لگانے کا رواج اس ملک میں آہستہ آہستہ بڑھ رہا ہے۔ چونکہ مردہ کے جل چکنے کے بعد موت کے سبب کی مزید تحقیقات کا کوئی ذریعہ باقی نہیں رہتا، لہذا قانون اس کا مقتضی ہے کہ جلانے سے پیشتر خاص پیش بندیاں اختیار کی جائیں تاکہ یہ امر شک و شبہ سے پاک ہو کر پایۂ ثبوت کو پہنچ جائے کہ ہلاکت طبعی اسباب سے واقع ہوئی ہے۔

احراق کے متعلق ان قواعد کو محکمہ داخلہ نے آئین احراق ۱۹۰۲ء کے تحت قلمبند کیا ہے۔ جب کسی لاش کا احراق کرنا منظور ہو تو لازم ہے کہ وصیت کا تعمیل کنندہ یا متوفی کا قریب ترین رشتہ دار ایک نقشۂ عرضداشت پُر کرے جو کہ حاکم ذمہ دار احراق کو واپس کر دیا جائے۔ عرضی کنندہ کو منجملہ دیگر امور کے یہ بتانا چاہیئے کہ اس کا متوفی کے ساتھ کیا رشتہ ہے۔ کیا متوفی نے کوئی تحریری ہدایات چھوڑی ہیں کہ اس کی لاش کو ٹھکانے لگانے کا کیا طریقہ ہو۔ آیا متوفی کے کسی قریبی رشتہ دار نے مجوزہ احراق پر کوئی اعتراض اٹھایا ہے۔ اگر اٹھایا ہے تو کن بناؤں پر۔ موت کی تاریخ اور وقت کیا تھا۔ کیا اسے معلوم ہے یا کیا اس کے پاس یہ گمان کرنے کی وجوہ ہیں کہ ہلاکت بلاواسطہ یا بالواسطہ طور پر (۱) تشدد (۲) یا زہر (۳) یا تنگدستی یا غفلت سے واقع ہوئی اور آیا اس کو یہ فرض کرنے کے کوئی دلائل معلوم ہیں کہ متوفی کی لاش کا امتحان کرنے کی ضرورت ہے۔ اور اس پر یہ بھی واجب ہے کہ متوفی کے معمولی طبی معالج کا اور نیز ان طبیبوں کا جو متوفی کی بیماری میں اس کا معالجہ کرتے رہے نام اور پتہ بیان کرے۔ یہ بیانات جسٹس آف دی پیس (Justice of the Peace) یا کمشنر آف اوتھس (Commissioner of Oaths) کے روبرو ہونے چاہئیں۔ دو طبی صداقت ناموں کی ضرورت ہے ایک اس طبیب کی جانب سے ہو جو مریض کا آخری علالت میں معالج رہا ہو اور اس میں اس طبیب کے لئے ان امور کا اظہار کرنا ضروری ہے کہ موت سے پیشتر اس نے متوفی کا معالجہ کیا تھا اور یہ کہ موت کے

بعد اس نے متوفی کی لاش کو دیکھا ہے اور شناخت کیا ہے۔ آیا وہ متوفی کا کوئی رشتہ دار ہے۔ آیا جہاں تک اسے علم ہے متوفی کی موت سے اس کا مالی مفاد تو وابستہ نہیں۔ موت سے کتنی مدت کے بعد اس نے لاش کو دیکھا اور کس کس چیز کا معائنہ کیا۔ سبب ہلاکت کیا تھا۔ اگر ممکن ہو تو اولیں اور ثانوی اسباب میں تفریق کرنی چاہیئے جس طرح کہ موت کے صداقت نامہ (death-certificate) میں کی جاتی ہے۔ کوئی دیگر سبب تو نہیں ہے جو موت میں معاون ہوا ہو یا اس کا مسرع ہوا ہو۔ موت غشیان تو ماندگی تشنج وغیرہ وغیرہ ان میں سے کس اسلوب سے ہوئی کیا متوفی نے آخری بیماری کے دوران میں یا سال ماقبل موت میں کوئی عملیہ تو نہیں کروایا تھا۔ اگر کروایا تھا تو اس کی نوعیت کیا تھی اور کس نے اس کو انجام دیا۔ دوران علالت میں متوفی یا متوفیہ کی تیمار داری کون کرتا تھا۔ موت کے لمحہ پر اگر کوئی اشخاص پاس موجود تھے تو وہ کون تھے۔ کیا اسے متوفی کی عادات اور رہنیہ کو مدنظر رکھتے ہوئے نوعیت موت یا سبب موت کے متعلق کوئی شبہ تو نہیں ہوا۔ کیا اسے معلوم ہے یا اس کے پاس یہ گمان کرنے کی وجوہ ہیں کہ ہلاکت یا مرض بلا واسطہ یا بالواسطہ طور پر (۱) تشدد (۲) زہر (۳) تنگدستی یا غفلت سے واقع ہوئی۔ اور آیا یہ فرض کرنے کے لئے اس کے پاس کوئی بھی دلیل ہے کہ لاش کا مزید امتحان کرنے کی ضرورت ہے اور کیا وہ موت درج رجسٹر کرانے کے لیے جس صداقت نامہ کی ضرورت ہے وہ صداقت نامہ دے چکا ہے۔ دوسری یعنی توثیقی سند دینے کا اختیار صرف ایسے طبیب کو ہوتا ہے جو درج رجسٹر ہو اور کم از کم ۵ سال کا تجربہ رکھتا ہو۔ اس کے علاوہ یا تو میڈیکل افسر آف ہیلتھ (Medical Officer of Health) ہو یا پولیس سرجن یا ۱۹۰۱ء کے کوٹھیوں اور کارخانجات کے آئین کے مطابق تصدیق کنندہ سرجن یا آئین معاوضہ کاریگران کے مطابق طبی ثالث ہو، یا کسی ایسے جنرل پبلک ہسپتال (General Public Hospital) میں جو کم از کم ۵۰ پلنگوں پر مشتمل ہو فزیشن (Physician) یا سرجن (Surgeon) ہو یا اعراق کروانے والے حاکم کی جانب سے اسی غرض کی خاطر متعین ہو۔ اس طبیب کو صداقت نامہ میں یہ بیان کرنے کی ضرورت ہے کہ آیا اس نے لاش کو احتیاط سے دیکھا ہے کیا اس نے یا کسی اور نے بعد الموت امتحان انجام دیا ہے ؟۔ وہ اس طبیب سے جس نے پہلا صداقت نامہ دیا تھا کسی اور طبیب سے جس نے متوفی کا معالجہ کیا ہو یا کسی ایسے شخص سے جو اس کی آخری علالت میں تیمارداری کرتا رہا ہو یا موت کے موقعہ پر پاس موجود رہا ہو ملا ہے اور اس سے استفسا

کیا ہے ۔ یا متوفی کے کسی رشتہ دار سے ملاقات کی ہے یا سوالات پوچھے ہیں یہ بیان کرنیکی بھی ضرورت ہے کہ اُسے اس امر کا اطمینان ہے کہ سبب ہلاکت یہی ہے اور اس امر کی توثیق بھی کرنیکی ضرورت ہے کہ وہ کسی ایسے حالات سے آگاہ نہیں ہے جس سے اس کو یہ شبہ ہو کہ ہلاکت کلیتہً یا جزئیتہً مرض یا حادثے کے علاوہ کسی دیگر سبب سے واقع ہوئی ہے اور یہ کہ اُسے کسی طرح کے بھی حالات معلوم نہیں ہیں جو لاش کا جلایا جانا غیر مناسب قرار دیں ۔

یہ درخواست اور صداقتنامے احراق کر دانے والے حاکم کے طبی ثالث کے پاس بھیج دئے جاتے ہیں جو ان کی جانچ کرتا ہے اگر اس کو اطمینان ہو جائے کہ آئین احراق اور دیگر قواعد کی تمام مقتضیات پوری کر دی گئی ہیں تو لاش کو جلانے کی اجازت دے دیتا ہے ۔ یا بعد الموت امتحان کرنے کا حکم صادر کر سکتا ہے اور اگر اس سے بھی سبب ہلاکت معلوم نہ ہو تو پھر تا وقتیکہ تفتیش نہ ہولے اور کارونر ضروری صداقتنامہ نہ دے دے اسے احراق کی اجازت دینے سے انکار کر دینا چاہیئے ۔

جب کسی شخص کی لاش کو جس کے متعلق تفتیش عمل میں آئی ہو جلا دینا منظور ہو تو کارونر ایک خاص نقشہ پر کرتا ہے ۔ اس میں جیوری کی رائے کا حوالہ دے کر بیان کرتا ہے کہ اس کو شہادت کی بنا پر اطمینان ہے کہ کوئی ایسے حالات موجود نہیں جن کی بنا پر لاش کے مزید امتحان یا کسی حصہ کے کیمیاوی تجزیہ کی ضرورت پائی جائے ۔ کارونر کا صداقتنامہ اور درخواست کا نقشہ بعدہٗ احراق کروانے والے حاکم کے پاس بھیج دیا جاتا ہے اور ان دونوں طبی صداقتناموں کی جو اوپر مذکور ہوئے ہیں ضرورت نہیں پڑتی ۔

52

باب ۳

ذی حیات کی شناخت

شناخت کی بحث زندہ شخص اور لاش دونوں کے متعلق پیدا ہوتی ہے اور

دونوں صورتوں میں بعض علامات ایسی ہوتی ہیں جن سے سراغ ملتا ہے لیکن
بنظر سہولت مردہ کی شناخت پر الگ غور کیا جائے گا۔

زندہ شخص کی شناخت فوجداری عدالتہائے قانونی میں قتل عمد، زدوکوب
اور زنا بالجبر کے الزام کے تعلق میں زیر بحث آتی ہے اور ایسے مفرور قیدیوں
یا مجنونوں کے تعلق میں جو روک مقام سے بچ رہے ہوں۔ دیوانی عدالتوں میں قانونی
تحقیقات کا موضوع ایسے شخص کی شناخت ہوسکتی ہے جو کسی جائداد کا دعویدار ہو یا جو
ملک سے بہت عرصہ تک غیر حاضر رہ چکا ہو اور واپسی پر اپنے خاندانی تعلقات کو
از سر نو تازہ کرنے کا متمنی ہو۔ بہت سے امور جو دیوانی مقدمات میں کارآمد ہوتے
ہیں مثلاً شکل میں خاندانی مشابہت، آواز، چال ڈھال اور اسی طرح کی دیگر
خصوصیتیں۔ یہ سب طبی ماہر کے دائرہ اعتنا سے خارج ہوتے ہیں۔ اس کی مدد
زیادہ تر ان امور کی تحقیق میں درکار ہوتی ہے کہ خلقی نشانات کی موجودگی یا عدم
موجودگی یا ایسے نشانات کی جو بعد میں پیدا ہوگئے ہوں یا بدشکلیوں کی خواہ خلقی
ہوں یا اکتسابی، یا بالوں کے رنگ کے مصنوعی تغیرات کی موجودگی یا عدم موجودگی
یا دیگر مماثل معاملات۔ اور ممکن ہے کہ اسے ان امور کے متعلق بھی رائے پیش کرنے
کے لئے طلب کیا جائے کہ جلد کے گودوں اور نشانات کے غائب ہوجانے کا
بغیر اس کے کہ کچھ اثر باقی رہے کہاں تک امکان ہے اور یہ کہ وقت، موسمی
اثرات کی زد میں رہنا اور مصائب برداری عام شکل و صورت میں کہاں تک تغیر
پیدا کرتی ہے۔ فوجداری مقدمات میں ماہر کی توجہ ان چیزوں کی طرف مبذول
کرائی جاتی ہے۔ تازہ زخم، کھرنچیں، نقوش یا اور کشمکش کی دیگر علامات، ان کے علاوہ
زیادہ دیر کے نشانات اور امارات، نیز بالوں کی خون کے دھبوں کی اور
دیگر لوثی مادوں کی جو جسم یا لباس پر موجود ہوں، موجودگی۔ جب کسی ایسے
فرد کے بدن کا معائنہ کرنے کا حکم ہو جو مجرمانہ تشدد کے فعل کے ارتکاب کا
ملزم ہو تو طبیب کو لازم ہے کہ ملزم کی اجازت حاصل کرلے اور اس پر واضح
کردے کہ اگر کوئی تلویثی نوعیت کی علامت معلوم ہوئی تو وہ بوقت سماعت
تمہارے خلاف بطور شہادت استعمال ہوگی۔ اگر ملزم معائنہ کی اجازت نہ دے تو

معائنہ ہرگز نہ کرنا چاہیئے۔ اس میں وہی اصول مضمر ہے جو ملزم سے زبانی استفسار کرنے پر اطلاق پذیر ہوتا۔ قانون یہ چاہتا ہے کہ قبل از استفسار ملزم کو اس امر کی خبر کرنا لازمی ہے جو کچھ وہ جواب میں کہے گا ممکن ہے کہ عدالت میں پیش ہو اور بطور شہادت اس کے خلاف استعمال کیا جا سکے۔ کوئی شخص اس پر مجبور نہیں ہے کہ زبانی الفاظ کے ذریعہ یا اپنے خلاف مرضی بدن کو امتحان کے لئے پیش کر کے اپنے خلاف شہادت بہم پہنچائے۔

ندبات۔ زخموں کے مندمل ہونے سے جو ندبے رہ جاتے ہیں تفرق کی نوعیت کے لحاظ سے ان کی جسامت شکل اور ہئیت مختلف ہوتی ہے۔ اگر بافت کا ضیاع نہ ہوا ہو جیسا کہ خطی شگاف کی صورت میں ہوتا ہے اور اگر زخم چھوٹا ہو اور اوّلی التیام کے ذریعہ مندمل ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پیدا شدہ ندبہ کچھ مدت کے بعد اگر بالکل نہیں تو قریب قریب غیر مرئی سا ہو جائے اگر جلد کی موٹائی ساری کی ساری ایک جانب سے دوسری جانب تک چر گئی ہو تو پھر اس میں شک ہے کہ ندبہ کبھی بھی قطعی طور پر غائب ہوتا ہے۔ اور جو ندبے فصد یا محجمہ (cupping) کی وجہ سے باقی رہ جاتے ہیں وہ عام طور پر مستقل ہوتے ہیں اور صاف صاف نظر آتے ہیں۔

53 اگر جلد کے ایک حصہ کی پوری موٹائی برباد ہو جائے تو پھر اس حصہ کی کبھی تجدید نہیں ہوتی۔ ندبی بافت جو کہ اس کی جگہ لیتی ہے مستقل ہوتی ہے اور صادق جلد کے اوصاف سے معرا ہوتی ہے۔ نہ تو اس میں دہنی غدے ہوتے ہیں اور نہ تعریقی غدے اور نہ شعری جڑ ابیں ہی ہوتی ہیں اور اس میں عروق دموی بہت ہی تھوڑے ہوتے ہیں۔ ابتدائی مرحلے میں یہ ندبہ سُرخ رنگ کا ہوتا ہے جو بھورے رنگ میں بدل جاتا ہے۔ اس کے بعد بھورا رنگ ماند پڑ جاتا ہے اور ایک مدت کے بعد یہ ندبہ سفید اور کم و بیش چمکیلا ہو جاتا ہے۔ اور یہ منظر دیرینہ ندبوں کا مستقل اور مخصوص منظر رہتا ہے یہ تغیرات کتنے زمانہ میں واقع ہوتے ہیں اس کے لئے کوئی حد مقرر نہیں۔ ممکن ہے کہ ندبہ کئی سالوں تک رنگدار ہی رہے۔ اگر کچھ کہا جا سکتا ہے تو بس اتنا کہا جا سکتا ہے کہ جو ندبہ سُرخ ہے

وہ غالباً دیرینہ نہیں اور جو ندبہ کہ سفید ہے وہ تازہ نہیں۔ درمیانی درجہ کے ندبہ کی مدت غیر متیقّن ہے۔ کسی دیرینہ خطی شگاف کے ندبے کی نمود ایک حد تک گرد و پیش کی جلد کے رنگ پر منحصر ہے۔ اگر جلد سفید ہے تو ندبہ بوجہ ماحول سے بہت ہی کم اختلاف رکھنے کے سرسری نگاہ سے ضرور چھوٹ جائے گا۔ ندبہ کا وجود ثابت کرنے کے لئے اس امر سے مدد ملتی ہے کہ اس کی رسد خون نسبتاً کمزور ہوتی ہے۔ اگر کسی حصے کو رگڑ کر یا اس پر ہاتھ یا بھیگا ہوا کپڑا مار کر اس کی عروقی فعالیت کو برانگیختہ کیا جائے تو ایک طبعی جلد سرخ ہو جاتی ہے اور ندبہ بوجہ اپنی سفید شکل کو برقرار رکھنے کے متمیّز طور پر نمایاں ہو جاتا ہے۔ جب خفیف خطی ندبے تلاش کرنے ہوں تو روشنی کو ترچھا پڑنے دینا چاہیئے اور کسی عدسے کی مدد سے معائنہ کرنا چاہیئے۔ ندبے کو مٹانے کی کوشش بداہتہً ناکام رہیگی۔ چونکہ اس حصے کی جلد مفقود ہو گئی ہوتی ہے اور اس کے بجائے دیگر بافت موجود ہوتی ہے۔ لہذا اس بافت کو دور کرنے سے جلد بحال نہیں ہو سکتی۔ بعض اوقات ایک سمٹا ہوا ندبہ کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے اور زخم کے کنارے ملا دیے جاتے ہیں جس سے ندبہ خطی بن جاتا ہے جو بہت حد تک بدنمائی کو کم کر دیتا ہے گو کہ ندبے کی جسامت اور شکل بدل جاتے ہیں لیکن یہ مٹتا بالکل نہیں۔ ایک امر قابل التفات یہ ہے کہ بچپن میں پیدا شدہ ندبے حجم میں جسم کی بالیدگی کے ساتھ ساتھ بڑھتے جاتے ہیں بلکہ بعض اوقات اگر بچپن کے زمانہ کے بعد بھی پیدا ہوئے ہوں تو بھی سالوں کے مرور کے ساتھ ساتھ ان کی وضاحت گھٹتی جاتی ہے۔

پیدائشی نشانات۔ پیدائشی نشانات مثلاً مسوں اور وحموں (naevi) کا مٹانا عام طور پر ممکن ہوتا ہے، لیکن سوائے نہایت خفیف اور سطحی وحموں کے باقی سب ضرور کچھ نہ کچھ نشان چھوڑ جاتے ہیں۔ اگر جلد کی تمام تر موٹائی متأثر نہ ہوئی ہو تو ہنرمندانہ علاج سے خفیف وحمات کو زائل کیا جا سکتا ہے بغیر اس کے کہ کوئی نشان باقی رہے۔ لیکن یہ شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ ترچھی روشنی اور عدسے کی مدد سے باحتیاط معائنہ کرنے پر بھی کوئی نشان نظر نہ پڑے حالانکہ عمومی طور سے کہا جا سکتا ہو کہ وحمہ کی تمام علامات غائب ہو چکی ہیں۔

اگر استیصال کے عمل میں خواہ یہ استیصال برف یا شبدگی کے ذریعہ کیا جائے
یا کسی سیال کے اشراب کے ذریعہ، ایک یا زیادہ حلیموں کو جو شبکہ کے نیچے
ہوتے ہیں تضرر پہنچ جائے تو سطح پر اس کے تناظر ایک نشیب پیدا ہو جاتا
ہے، اگرچہ یہ اس قدر خفیف ہوتا ہے کہ خالی آنکھ سے دکھائی نہیں دیتا۔ لیکن اغلب
ہے کہ مذکورہ بالا طریق سے معائنہ کرنے پر نظر آ جائے۔ ان سے زیادہ بڑے
اور زیادہ گہرے وحمات اور مسے بھی بذریعہ استیصال دور کئے جا سکتے ہیں
لیکن مندرجہ بالا وجوہ سے ندبہ ضرور باقی رہ جاتا ہے اگرچہ یہ ندبہ ابتدائی نشان
سے شکل میں مختلف ہوتا ہے۔

گودنے کے نشانات (tattoo marks)- ملاحوں سپاہیوں وغیرہ
کی یہ ایک مرغوب الطبع عادت ہے کہ سینے بازوؤں اور جسم کے دیگر حصوں
کی جلد پر مختلف نقوش گد والیتے ہیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ سوئی سے تصویر (device)
یا اس کا ایک حصہ بنا کر اس میں کوئی رنگ کرنے والا عامل ملکر داخل کر دیتے ہیں
اور اس عملیہ کا اعادہ کیا جاتا ہے تا آنکہ یہ تصویر مکمل ہو جاتی ہے۔ اس سے
سخت ورم اور سوزش پیدا ہو جاتی ہے جس کے زائل ہونے پر یہ تصویر کم و بیش
مستقل طور پر منقش ہو جاتی ہے۔

گودنے (tattoo) **کے نشانات کی پائداری** دو امور پر منحصر ہے۔
رنگ کرنے والے مادے کی نوعیت کیا ہے اور کتنی گہرائی تک پہنچا ہے۔
رنگ کرنے والے عامل جو کہ مستعمل ہیں کوئلے ہیں یہ کاربن ہی کی
مختلف شکلیں ہیں یعنی بارود، دودہ، ہندی روشنائی، کاجل، شنگرف
اور نیل کا رنگ، لکھنے کی روشنائی اور دیگر اشیاء۔ کاربن رنگ کرنے والے عامل
کی حیثیت سے ایک مستقل طور پر قائم رہنے والی شئے ہے اور تمام سیالوں میں
غیر حل پذیر ہے اور اس کا رنگ مدھم نہیں پڑتا لیکن دیگر بیان کردہ اشیاء
کے مستقل طور پر قائم رہنے کا امکان بہت کم ہے اگرچہ کہ یہ بھی ممکن ہے۔ ایک
گودنے کا نشان میں نے دیکھا ہے جو معمولی لکھنے کی سیاہی سے ۴۰ سال
ہوئے بنایا گیا تھا اور جو ابھی تک دکھائی دیتا ہے جب کسی ٹیٹو (tattoo)

54

میں کاربن استعمال کیا جاتا ہے تو وہ سیاہ رنگ کا نہیں ہوتا بلکہ نیلا سا سیاہ ہوتا ہے۔

مقامیت جس میں یہ مادہ جاکر ٹھہرتا ہے، مستقلی کے لحاظ سے اس کی بھی اتنی ہی اہمیت ہے۔ اگر اس کی مقامیت اوپری ہو تو کچھ مدت کے بعد مسلسل رگڑ سے یا مصنوعی ذرائع سے ندبہ کے دور ہو جانے کا امکان ہے۔ جن واقعات کی اطلاع دی گئی ہے کہ ان میں ٹیٹو (tattoo) کے گودنے کے نشانات کوئی اثر چھوڑے بغیر محو کر دیے گئے، بہت اغلب ہے کہ وہ اسی قبیل کے تھے۔ چنانچہ جس طریقہ سے انکا امحاء عمل میں لایا گیا اس سے بھی یہی ظاہر ہوتا ہے۔ ایسیٹک ترشہ (acetic acid)، ہلکایا ہوا ہائڈروکلورک ترشہ (dilute hydrochloric acid) اور کینتھریڈیز (cantharides) کے لگانے سے برجلد علیحدہ ہو جاتی ہے اور لونی مادہ حل ہو کر نکل آتا ہے اور اگر یہ مادہ غیر حل پذیر ہو تو ادمے کے ارتشاح کے ساتھ بہ کر نکل جاتا ہے۔ ٹیٹو (tattoo) کے اوپری نشانات مٹانے کا ایک اور طریقہ یہ ہے کہ سوئی کی مدد سے لونی مادہ کو چن لیا جائے۔ پس اگر کوئی اوپری ٹیٹو ہو تو یہ ممکن ہے کہ نشان کو اس طرح مٹا دیا جائے کہ اس کے سابقہ وجود کا کچھ اثر باقی نہ رہے یا بہت تھوڑا اثر باقی رہے۔ اس کے خلاف اگر کوئی مستقل لونی مادہ نیچے حلیموں تک یا ان کے اندر تک پہنچ گیا ہو تو یہ ایک غیر معین عرصے تک بے چھیڑا ہوا پڑا رہتا ہے۔ ایک ناقابل امحاء ندبہ چھوڑے بغیر جدا نہیں ہو سکتا۔ ایسے نشان کو ایسیٹک ترشے (acetic acid) یا آبلہ خیز سیال کے ذریعہ مٹانے کی کوشش کرنا لاحاصل ہے اور سوئی کے ذریعہ مٹانے سے بشرطیکہ یہ (عملاً ممکن بھی ہو) حلیموں کو تضرر پہنچے گا جس سے جلد پر گڑھے پڑ جائیں گے اور بتا دیں گے کہ کیا عمل کیا گیا ہے۔ البتہ گودنے کے نشان کو خواہ وہ کتنی ہی مستقل نوعیت کا کیوں نہ ہو کاٹ کر یا کاوی اشیاء لگا کر یا سرخ دھکتا ہوا لوہا لگا کر ضرور علیحدہ کیا جا سکتا ہے لیکن سکے نتیجے میں ایک چکا ہوا ندبہ بن جاتا ہے جس کی جسامت گودنے سے بڑی ہوتی ہے۔ ٹکبورن (Tichborne) کے مقدمہ (۱۸۷۳ء) میں بائیں کلائی سے اوپر

ایک گودنے کا نشان مٹانے کے لئے اسی قسم کی کوشش کی گئی تھی یہ تسلیم کرلینا چاہیئے کہ اگر ٹیٹو (tattoo) کے نشانات مرور وقت سے غائب ہوجائیں یا ان کو مصنوعی طریقہ سے بغیر کچھ اثر باقی چھوڑے علیحدہ کیا جا سکے تو یہ یا تو گودنے والے کا قصور ہے یا تلوینی عامل کا یا ان دونوں کا۔

بالوں کا رنگ۔ یہ زیادہ گہرے یا زیادہ ہلکے رنگ میں تبدیل ہوسکتا ہے۔ خضاب عام طور پر چاندی، سیسہ یا بزمتھ (bismuth) کے ملح کے محلول سے مرکب ہوتے ہیں۔ اور اگر سریع نتیجہ درکار ہو تو آخر میں سلفرٹیڈ ہائیڈروجن (sulphuretted H_2) کو سیاہ سلفائیڈ (black sulphide) پیدا کرنے کی غرض سے استعمال کیا جاتا ہے۔ فلزات کا امتحان اس طرح سے کیا جا سکتا ہے کہ حرارت کے ذریعہ بالوں کو نائٹرک ایسڈ (nitric acid) میں گھلایا جاتا ہے اور اس ترشے کو اُڑا دیا جاتا ہے۔ نائیٹریٹ کے اس آبی محلول میں ایک مناسب متعامل ملا دیا جاتا ہے۔ بال کلورین کے ذریعہ بے رنگ کئے جا سکتے ہیں لیکن جو لوگ عادتاً ہلکے رنگ کے بال رکھتے ہیں، وہ بالعموم ہائڈروجن پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) کے آبی محلول سے استمداد کرتے ہیں۔ بالوں کو بے رنگ کرنے کا خواہ کوئی بھی طریقہ ہو اس سے بال کم چمکیلے اور شکستنی ہو جاتے ہیں جن علامات کے ذریعہ بالوں کے رنگ کے قدرتی ہونے یا غیر قدرتی ہونے کے متعلق رائے قائم کی جا سکتی ہے، وہ یہ ہیں۔ مصنوعی طور سے رنگے ہوئے بال کا رنگ خواہ سیاہ ہو یا ہلکا غیر فطرتی ہوتا ہے اور یہ رنگ یکساں نہیں ہوتا جیسا کہ اس بال کو الٹ کر دیکھا جا سکتا ہے۔ عام طور سے اگر کسی بال کی جڑوں کی جانب سے بغور تحقیق کی جائے تو رنگت میں اختلاف پایا جاتا ہے خاص کر جب چند دن خضاب نہ لگایا گیا ہو۔ اگر بلحاظ رنگ کے سر کے بالوں کا مقابلہ باقی جسم کے بالوں سے کیا جائے تو اس سے بھی فیصلہ کرنے میں مدد مل سکتی ہے، لیکن اس امر پر حد سے زیادہ اعتماد نہیں کیا جا سکتا کیونکہ بسا اوقات قدرتی طور پر بھی بہت بڑا فرق موجود ہوتا ہے۔ اگر فی الفور کوئی فیصلہ نہ ہو سکے تو ایکدو دن گزرنے کے بعد جب مشتبہ شخص کو خضاب لگانے کا موقعہ نہ ملیگا

تو یہ اس کے احاطہ امکان سے باہر ہو جائے گا کہ وہ اپنے دھوکے کو قائم رکھے۔ یہ بات بھی علم میں آئی ہے کہ رنج یا خوف سے بال یکایک مکمل طور پر سفید ہو گئے ہیں، لیکن اس کی شہادت بمشکل قطعی ہے۔ البتہ یہ ممکن ہے کہ جو بال اس کے بعد اُگیں وہ لون سے مبرا ہوں۔ میٹش نیکاف[1] (Metchnikoff) بالوں کا سفید یا خاکستری ہو جانا خلیات اکلہ کی جانب منسوب کرتا ہے یعنی کہ یہ وانے دار لون کو نگل کر اسے کسی اور جگہ منتقل کر دیتے ہیں۔ اس کا اعتقاد ہے کہ بالوں کے خلیات اکلہ کی بڑھی ہوئی فعالیت بالوں کو ایک ہی رات میں سفیدی مائل کر سکتی ہے۔

اگر ملزم کے بدن پر ایک یا زیادہ ایسے بال پائے جائیں جو مظلوم کے بالوں سے مشابہ ہوں یا اس کے برعکس حالت پائی جائے یعنی مظلوم کے بدن پر ایسے بال پائے جائیں جو ملزم کے بالوں سے مشابہ ہوں تو ایک محتاط امتحان تقابلی کرنے کی ضرورت ہے۔ جن امور کا مشاہدہ کرنا چاہیئے وہ یہ ہیں رنگ، قطر، لمبائی، اور وہ خصوصیات جو روغن یا خضاب کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ عورتوں کے سر کے بال مردوں کے سر کے بالوں کی بہ نسبت کچھ پتلے ہوتے ہیں، اور جسم کے مختلف حصوں کے بال بھی موٹائی میں مختلف ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں موئے زہار اور بغل کے بال علی الترتیب ڈاڑھی چھوڑ کر جسم کے باقی حصوں کی بہ نسبت دبیز تر ہوتے ہیں اور جو بال بھوؤں اور پلکوں کے مثل کبھی کاٹے نہیں جاتے، وہ نوکدار ہوتے ہیں اور جو کٹ جاتے ہیں ان کے سرے پر یا تو ٹنڈ ہوتا ہے یا وہ کئی ایک شاخوں میں منقسم ہوتے ہیں۔ طالب علم کو بڑے زور سے اس امر کی سفارش کی جاتی ہے کہ وہ بلی، کتے، گھوڑے، گائے، بھیڑ وغیرہ عام تر خانگی جانوروں کے بالوں کا بذریعہ خرد بین معائنہ کرے تاکہ اسے ان کی شکل و صورت سے شناسائی ہو جائے اور اس مشورہ کا اطلاق سوت، اُون، ریشم اور سن کے مختلف پارچوں کے ریشوں پر بھی ہوتا ہے

---

[1] رائل سوسائٹی سنہ ۱۹۰۱ء کی کارگذاری (Proc. Royal Society 1901)

نقوش پا — سے بعض مرتبہ شناخت کی شہادت مہیا ہوتی ہے نقش پا تو ننگے پاؤں سے پیدا ہوتا ہے یا بوٹ یا جوتہ سے۔ ننگے پاؤں کے متعلق یہ ہے کہ جب تک کوئی ممتاز خصوصیت یا آنشوہ نہ ہو قطعی شہادت شاذ و نادر حاصل ہوتی ہے بایں ہمہ اگر نقش خاصہ نمایاں ہو تو اس کا ٹھپہ لے لینا چاہیئے یا اگر پاؤں کا نشان کسی سخت سطح پر ہو مثلاً جب کسی شخص نے کسی خون کے ڈبرے میں ننگے پاؤں چل کر پاس کے فرش کے بے داغ حصہ پر نقش پیدا کر دیا ہو۔ تو اس نشان کو سوکھا کر اس پر نقشہ کشی کا کاغذ (tracing paper) رکھ دیا جاتا ہے قلم اور سیاہی کے ذریعہ اس کے خط محیط کا خاکہ اُتار لیا جاتا ہے، اور اگر ممکن ہو تو تختہ یا فرش کا پتھر سارے کا سارا اُٹھا لینا چاہیئے، کیونکہ اس سے اور بھی بلا واسطہ شہادت میسر ہوتی ہے۔ پاؤں میں بوٹ یا جوتا پہن کر چلنے سے جو نقش پیدا ہوتا ہے اس سے اور بھی زیادہ معتبر شہادت حاصل ہوتی ہے، لیکن اس صورت میں بھی یقینی ثبوت صرف اسی وقت ملتا ہے جب کہ اصل بوٹ یا جوتا بھی برآمد ہو کہ جس سے نقش پیدا ہوا تھا۔ وہ نتائج جو نقش کا ملزم کے کسی دیگر بوٹ یا جوتے کے ساتھ مقابلہ کر کے اخذ کئے جاتے ہیں ان پر سخت اعتراض وارد ہوتا ہے۔ اگر نقش اس قدر واضح ہو کہ اس کا ٹھپہ اتارا جا سکے تو ذیل کے دو طریقوں میں سے کوئی ایک اختیار کیا جا سکتا ہے۔ ایک لچکدار پر (feather) کو تیل میں بھگو کر اس نقش پر احتیاط سے مل دیں، اور پھر پلاسٹر آف پیرس (plaster of Paris) جس میں اتنا پانی ملا ہوا ہو کہ اس کی کثافت لئی کی ہو، اس نقش میں بھر دیں پلاسٹر کو جمنے کے لئے کافی مہلت دینی چاہیئے قبل اس کے کہ ٹھپہ کو علیحدہ کرنے کی کوشش کی جائے، دوسرا طریقہ یہ ہے کہ لوہے کا ایک بڑا سا سُرخ دھکتا ہوا ٹکڑا الیکر [باورچی کا کرچھا (salamander) مناسب ہوگا]. نقش کے اوپر اس کو بغیر مس کئے ہوئے پکڑے رکھیں تا آنکہ یہ نقش خوب گرم ہو جائے بعدہٗ پیرافن موم (paraffin wax) کاٹ کر اور اس کا چورا سا بنا کر اسے باہستگی نقش کے اوپر چھڑک دیں اور مزاضافہ کے بعد اس موم کو پگھلانے کے لئے یہ دھکتا ہوا لوہا قریب لائیں، حتیٰ کہ خاصہ موٹا ٹھپہ تیار ہو جائے۔ جب پیرافن جم جائے

جو کہ تقریباً فی الفور ہو جاتا ہے تو سانچے کو با احتیاط اٹھالیں، اور اگر اس سے کوئی مٹی چپکی ہوئی ہو، تو اسے نرم برش کے ذریعہ الگ کرلیں۔

انگلیوں کے نشانات کے ذریعہ شناخت کرنا۔ اشخاص کو ان کی انگلیوں کے پیدا کردہ نشانات کے ذریعہ شناخت کرنے کا ایک طریقہ مہذب ممالک میں اس وقت وسیع طور پر رائج ہے۔ موجودہ نظام کی بنا سر ولیم ہرشل (Sir William Herschel) نے ڈالی تھی۔ اس نے ۱۸۵۸ء میں یہ قاعدہ مقرر کیا کہ ہندوستانی باشندے دستاویزوں پر دستخط کرنے کی بجائے اپنی انگلیوں سے سیاہی لگا کر نشان کر دیا کریں۔ ۱۸۹۰ء میں سر فرانسس گیلٹن (Sir Francis Galtan) نے رائل سوسائٹی (Royal Society) کے سامنے ایک مضمون پڑھا جس میں یہ بات پایہ ثبوت کو پہنچا دی کہ واحد فرد میں ارتسامات کا نمونہ (pattern) تمام عمر یکساں رہتا ہے۔ اس کے بعد سر ایڈورڈ ہنری (Sir Edward Henry) نے ارتسامات چسپاں کرنے اور مختلف شخصوں کا ضابطہ (formula) بنانے کا ایک نظام ایجاد کیا جس سے کسی ایک ریکارڈ (record) کا بلا دقت کھوج لگایا جا سکتا ہے۔ ہاتھ کی راحی سطح پر جو نشانات پائے جاتے ہیں وہ باریک ابھاروں و نشیبوں کے ایک سلسلے پر شامل ہوتے ہیں اور یہ ابھاروں کے حلیموں سے بنتے ہیں جو کہ انکے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ یہ نشان اس طرح حاصل کیا جاتا ہے کہ انگلی کو دھو کر اس کو ایک سیاہی کے پترے پر جس کی سطح ساری کی ساری چھاپے کی سیاہی کی ایک باریک تہ سے یکساں طور سے ڈھکی ہوئی ہو رکھ کر ناخن کی کعبری (radial) جانب سے زندی (ulnar) جانب کو حرکت دی جاتی ہے، پھر جس کاغذ پر کہ نشان لگانا منظور ہو اس پر اسے جما کر اسی طور سے حرکت دی جاتی ہے تا آنکہ آخری پور کی راحی سطح کا اور مستعرض شکنوں کا تقریباً انگلی کے سرے تک مکمل شبیہ حاصل ہو جاتا ہے۔ سکاٹ لینڈ یارڈ (Scotland Yard) میں دونوں ہاتھوں کی پانچوں انگلیوں کا نشان لیا جاتا ہے۔

یہ امر ثابت ہو چکا ہے اور اس میں شبہ کی کوئی گنجائش نہیں کہ گو حیوۃ

56

پیدائش سے موت تک جسامت میں بڑھتے چلے جاتے ہیں لیکن ان کے اضافی محل و قوع میں کوئی فرق نہیں آتا۔ نیز یہ کہ ہر فرد کا نمونہ جداگانہ ہوتا ہے۔ اور یہ اندازہ لگایا گیا ہے کہ دو آدمیوں میں ایک ہی نمونہ پائے جانے کا امکان کئی ارب مثالوں میں نہیں پایا جاتا ہے۔ جب یہ طریقہ پہلے پہل فوجداری اغراض کے لئے استعمال کیا گیا تھا تو یہ دقت پیش آئی تھی کہ نشانات کو ترتیب دینے کا کوئی ایسا تسلی بخش نظام موجود نہیں تھا کہ جس سے کسی مطلوبہ نشان کا دیگر چھاپوں کے ایک بڑے مجموعہ میں آسانی سے کھوج لگایا جا سکے۔ لیکن سر ایڈورڈ ہنری (Sir Edward Henry) نے کامیابی کے ساتھ حیود کی اشکال کو چار اقسام میں جماعت بند کر دیا یعنی قوسین (arches) چنبر (loops) اور گچھے (whorls) اور مخلوطات (composites)، اور بنا بریں ہر ایک فرد کے لئے ایک ضابطہ (formula) ایسا ایجاد کیا کہ جس سے کسی مجموعہ میں اس کے نشان کے رکارڈ (record) کی موجودگی یا عدم موجودگی نہایت آسانی کے ساتھ معلوم کی جا سکے۔ اور اب تو اس نظام نے بہت حد تک برٹلان (Bertillon) کی مساحت جسد الانسان (anthropometry) کے قدیم تر طریقے کی جگہ لے لی ہے جو کہ زیادہ تر انسانی جسم کی مختلف پیمائشوں پر مبنی تھا۔

ڈاکٹر گارسن (Garson) جو کہ دفاتر داخلہ میں شناخت کے متعلق مشیر کار تھے، انھوں نے انگلیوں کے ایسے غیر مرئی نشانات کی جیسے کہ مجرمین شیشے کے کسی ٹکڑے یا ہتھیار پر چھوڑ جاتے ہیں، شناخت کرنے کے لئے ایک ہنرمندانہ طریقہ بتایا ہے جس سطح کا معائنہ کرنا منظور ہو، اس کے اوپر کوئی نہایت باریک پسا ہو سفوف مثلاً گریفایٹ (graphite) کا سفوف آہستہ سے بکھیر دیا جاتا ہے اور سطح کو ایک خفیف سا جھٹکا دیا جاتا ہے۔ تاکہ فاضل سفوف الگ ہو جائے۔ انگلی سے جو نشان رہ جاتا ہے وہ بسا اوقات اس قدر چکنا ہوتا ہے کہ سفوف کے باریک ذرات اس میں رہ جاتے ہیں، چنانچہ اس طریقہ سے جو چھاپ دستیاب ہوتا ہے اس کے ذریعہ شناخت کرنا ممکن ہو جاتا ہے۔ سیاہ سطح پر جیسی کہ مہاگنی لکڑی کی میز کی ہوتی ہے، سفید سفوف مثلاً کیلومل استعمال میں لایا جا سکتا ہے۔

ایک سے زیادہ مرتبہ ایسا ہوا ہے کہ مجرم ایسے نشانات کی بنا پر جو وہ مس کردہ اشیا پر چھوڑ گئے ہیں شناخت کر لئے گئے ہیں طبی قانوں دان کے لئے یہ امر بہت اہم ہے کہ وہ اس حقیقت کو ذہن نشین رکھے اور تشدد کی موت کی تحقیقات کرتے وقت ان ہتھیاروں اور دیگر اشیا کو جن پر نشانات کا امکان ہو ضرورت سے زیادہ چھونے سے مجتنب رہے کیونکہ مجرم کی شناخت کا امکان اسی پر منحصر ہے۔

انگلیوں کے چھاپ کے ذریعہ شناخت کرنے کا طریقہ بدمعاشوں کیلئے بہت ہیبت ناک ثابت ہوا ہے۔ اور "اونچے طبقہ" کے مجرموں نے اپنے کام میں مشغول ہوتے وقت دستانے پہننے شروع کر دیے ہیں۔ انگلیوں کے حیود کو بھی جو افشائے راز کرتی ہیں مٹانے کی کوششیں کی گئی ہیں، لیکن بغیر اس کے کہ جلد کو نفیفۃً برباد کر دیا جائے اور ندبہ باقی رہ جائے یہ ممکن نہیں۔ کسی اینٹ جیسی کھردری سطح پر انگلیاں رگڑنے سے حیود کو عارضی طور پر مٹایا جا سکتا ہے۔ اس صورت میں مشتبہ شخص کی تحقیقات کے لئے چند یوم کی مہلت حاصل کرنا کافی ہوگا اس عرصہ کے بعد حیود دوبارہ نمودار ہو جاتے ہیں۔

باب ۹

خون اور دوسرے دھبے

طبی قانونی تحقیقات میں اکثر اوقات اس بات کا تصفیہ کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے کہ ملزم کے لباس پر پایا گیا یا اس کے قبضے میں کوئی دیگر اوزار ہے تو اس پر جو دھبے ہیں وہ خون کی وجہ سے ہیں یا خون کی وجہ سے نہیں ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سوال کے حل کرنے میں بہت مشکلات حائل ہوں جیسا کہ داغ کے بہت چھوٹا یا کہنہ ہونے یا غلیظ پارچہ پر ہونے کی وجہ سے پیش آتی ہیں۔ ماہر کی رائے صرف

57

اس صورت میں درکار ہوتی ہے جب داغ مبہم منظر کا یا خردبینی ابعاد کا ہو۔ اگر کپڑا خون سے شرابور ہو تو اس کا منظر بالعموم اتنا امتیازی ہوتا ہے کہ انتقادی امتحان کی ضرورت ہی نہیں پڑتی۔ بدیں وجہ طبی قانون داں کو چاہیے کہ فعلیاتی معمل (physiological laboratory) میں جو طریقے برتے جاتے ہیں ان میں سے ایسے طریقے منتخب کرے کہ خون کے ذرا سے شائبہ کی صورت میں بھی معتبر ترین نتائج حاصل ہوں، کیونکہ خون کے تمام خواص دریافت کرنا نہیں بلکہ صرف اسے شناخت کرنا منظور ہے۔ خون کے دھبوں کا امتحان تین طریقوں سے کیا جاسکتا ہے۔ خردبینی۔ طیف نمائی اور کیمیاوی۔

خون کے دھبوں کا خردبینی امتحان

اگر خون کا دھبہ تازہ ہو تو اس کی چمکدار سرخ یا سرخی مائل بھوری رنگت ہوتی ہے اور کپڑا جس پر یہ موجود ہو، کلف دار ہوتا ہے۔ پہلے دھبے کو ایک قصبۃ الماسکہ عدسہ یا خردبین کی ادنیٰ طاقت کے ذریعہ بغور معائنہ کرنا چاہیے۔ اس سے کپڑے کے سوت سرخ معلوم ہوں گے اور اس کے ریشوں کے شکنوں کے اندر جابجا باریک تھکّے بکھرے ہوئے پڑے ہوں گے، جس میں مرسوب شدہ خون کے تمام ظاہری مناظر نظر آئیں گے۔ کہنہ خون کے دھبوں میں تازہ دھبوں کی مانند کپڑے پر کوئی رنگین مادہ پڑا ہوا نظر نہیں آتا او عدسے کے نیچے صرف ایسا منظر دکھائی دیتا ہے گویا یہ کپڑا کسی رنگ سے رنگ دیا گیا ہے۔ اگر تازہ داغ لگے ہوئے کپڑے کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا کاٹ کر الگ کر لیا جائے اور اس کو گھڑی کے شیشے میں گلیسرین (glycerine) اور پانی کے چند قطروں (۱ تا ۱۰) کے ساتھ ملا کر رکھ دیا جائے تو لونی مادہ محلول کو سرعت سے رنگین کر دے گا۔ تھوڑی سی دیر میں کپڑے سے چند قطرے نچوڑ کر خردبینی تختی پر رکھے اور ایک باریک شیشے سے ڈھانپ دیے جاسکتے ہیں، پھر ۳۰۰ سے ۴۰۰ تک کی طاقت کے نیچے اس کا

معائنہ کیا جا سکتا ہے۔ سرخ جسیمے دھبے کی مدت کے لحاظ سے مختلف حالتوں میں دکھائی دیں گے۔ اگر دھبہ بالکل تازہ ہو۔ تو ان میں اکثر ایک خاصہ طبعی منظر نظر آئے گا۔ دوسرے دھبّے سکڑے ہوئے بے ڈھب، خاکے میں بے قاعدہ یا سکہ جات کی مانند دندانے دار کنارے والے نظر آئیں گے۔ دھبے کی مدت کی زیادتی کے ساتھ ساتھ دھوی جسیمے بھی مرجھاتے جاتے ہیں اور زیادہ ناقابل شناخت ہوتے جاتے ہیں، حتیٰ کہ آخرکار وہ کامل طور پر تحلیل ہو جاتے ہیں۔

خرد بینی امتحان کا نتیجہ اس امر کے موافق ہو کہ دھبہ خون کا ہے یا اس امر کے خلاف ہو، دونوں صورتوں میں مزید تحقیقات کرنا لازمی ہے۔ اور مناسب یہ ہے کہ اولاً اس کاشفہ سے استمداد کی جائے۔ جو گوائکم (Guaiacum) کاشفہ کے نام سے مشہور ہے۔

اگر مشتبہ دھبہ کپڑے پر ہے تو اس کپڑے کا ایک ٹکڑا کاٹ لینا چاہئے اور اسے رنگ کی تختی (slab) یا کسی دیگر سفید غیر جاذب سطح پر رکھ دینا چاہئے اور اس میں ایک یا دو قطرے گوائکم (Guaiacum) کے الکحالی محلول کے جو تازہ تیار کردہ ہو ملا دینے چاہئیں۔ اور کانچ کی ڈنڈی کے سرے کی دست ورزی کے ذریعہ ان کو خوب آمیز کرنا چاہئے، پھر اس پر تھوڑی سی اوزانک ایتھر (ozonic ether) یا مائی ایتھر (aqueous ether) یا ہائڈروجن پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) کا مائی محلول ٹپکا دیں۔ اگر دھبہ خون کا ہوگا تو نیلا رنگ پیدا ہو جائے گا، ورنہ کوئی تغیر بالکل واقع نہ ہوگا۔ اگر دھبہ سیاہ رنگ کے کپڑے پر ہے مثلاً سیاہ کوٹ سے نکالا گیا ہے تو اس کپڑے کے گرد و پیش کی سفید سطح پر نیلا رنگ دیکھا جاتا ہے یا اس پر سفید تقطیری کاغذ کا ٹکڑا رکھکر اس کاغذ پر دباؤ ڈالا جائے تو کاغذ کا رنگ نیلا ہو جاتا ہے یہ کاشفہ سب سے زیادہ معتبر اسوقت ہوتا ہے، جب منفی تعامل حاصل ہو۔ لیکن اس کی ایک استثنا یہ ہے کہ نہایت دیرینہ دھبے مجیبیت ظاہر نہیں کرتے۔ اگرچہ ہیمیٹن (hæmatin) بآسانی مجیبیت ظاہر کر دیتا ہے، اور مثبت صورت یعنی نیلا رنگ پیدا ہونیکی صورت میں نتیجہ صرف مشروط طور پر قبول کیا جا سکتا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ آزمائش کردہ مادہ

58

خون ہی کا ہو، لیکن فیصلہ دینے سے پیشتر یہ ضروری ہے کہ اس کی توثیق کر لی جائے۔ ایسی اور بھی کئی چیزیں ہیں، مثلاً گلوٹن (gluten)، کچے آلو، دودھ، صفرا (bile)، آکسائیڈ بنانے والے عامل (oxiding agents) جو گوائکم (guaiacum) اور ہائیڈروجن پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) سے ملکر نیلا رنگ پیدا کرنے کی خاصیت رکھتی ہیں۔ لہذا اس امتحان سے جو نتائج حاصل ہوں ان کی بنا پر مثبت رائے کسی حالت میں بھی ظاہر نہیں کرنی چاہئے لیکن منفی نتیجہ کو بھی قطعی نہ سمجھنا چاہئے کیونکہ یہ طب قانونی کے مبادیات میں سے ہے کہ تمام تفصیلات میں ہر ممکن تصدیق کی ضرورت ہے۔ پس گوائکم کا شفہ محض ایک ایسا ابتدائی امتحان ہے جس کی انجام دہی آسان ہے اور جس کے لئے مادے کا صرف ایک ٹکڑا درکار ہے۔ اس کا ایک فائدہ یہ ہے کہ مزید تفتیش کا راستہ صاف کر دیتا ہے۔

بنزیڈین (benzidine) کا شفہ۔ شلازنگر (Schlesinger) اور ہولسٹ (Holst) کے متتبع ہیں کہ جنہوں نے برازی مادہ میں خون کے باریک شائبات ثابت کرنے کا ایک نہایت نازک طریقہ اختراع کیا تھا۔ مکوینی (M'Queeney) نے بھی وہی تعامل کپڑے وغیرہ پر کے خونی دھبے شناخت کرنے کی غرض سے استعمال کیا ہے۔ گلیشئل اسیٹک ایسڈ (glacial acetic acid) بنزیڈین (benzidine) کا سیر شدہ محلول نصف سی سی کی مقدار میں لیکر اس میں ۲ سی سی ہائڈروجن پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) ملا دیا جاتا ہے۔ اگر خون کے باریک شائبات موجود ہوں تو اس آمیزش سے ایک نفیس نیلا رنگ بن جاتا ہے اور مکوینی (M'Queeney) نے یہ تعامل $\frac{1}{.....}$ کی ترقیق میں بھی حاصل کیا ہے۔ اس امتحان میں ایک نقص یہ ہے کہ یہ تعامل خون کے علاوہ دیگر اشیا کے ساتھ بھی نیلا رنگ پیدا کر دیتا ہے لہذا اسے محض لطیف نمائی امتحان کی ایک مفید تمہید خیال کرنا چاہئے۔

پہلا کام یہ ہے کہ داغدار کپڑے کے ایک حصہ کے کنارے کے ساتھ ساتھ کاٹ کر یہ ٹکڑا نکال لیں اور اسے کشید پانی کے چند قطرات کے ہمراہ گھڑی کے شیشہ میں رکھ دیں۔ ایک تازہ دھبے سے نوئی مادہ آسانی سے

حل ہو کر نکل جائے گا لیکن اگر دھبہ کہنہ ہو۔ تو یہ لونی مادہ ہیٹن میں تبدیل ہو چکا ہوگا، اور بہت کم تر حل پذیر ہو گا۔ جب دھبہ اس کے کپڑے یا کسی دیگر ہلکے رنگ کے کپڑے پر ہو تو اس کا منظر ہی اس کی مدت کا پتہ دے گا۔ تازہ دھبے کم و بیش چمکیلے سرخ رنگ کے ہوتے ہیں اور جوں جوں وقت گزرتا ہے زیادہ بھورے ہوتے جاتے ہیں لیکن اس رنگ کی ترکیب میں سرخ رنگ کی جھلک کئی سال تک باقی رہتی ہے۔ خون کے دھبے کا رنگ کس سرعت سے متغیر ہوتا ہے اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ وہ کس قدر آزادانہ ہوا میں کھلا پڑا رہتا ہے۔ اور نیز اس امر پر کہ ہوا میں کیمیاوی مادے مثلاً آکسائیڈ آف سلفر (oxide of sulphur)، ہائیڈروکلورک ترشہ اوزون (ozone) اور مشلیم موجود ہیں یا نہیں۔ اور یہی وجہ ہے کہ خون کے دھبے زراعتی اضلاع کی بہ نسبت بڑے صنعتی شہروں کی ہوا کے زیر اثر زیادہ سرعت سے تبدیل ہوتے ہیں۔ لہذا کسی خون کے دھبے کی مدت کا اندازہ محض منظر سے لگانے کی کوشش کرنا لاحاصل ہے کیونکہ اس منظر کو غیر معلوم فعالیت کے خارجی حالات بدل دیتے ہیں۔ اگر دھبہ کہنہ معلوم ہوتا ہو تو جس گھڑی کے شیشہ میں کپڑے کا ٹکڑا پانی میں ڈوبا ہوا موجود ہے اس کو ایک اور گھڑی کے شیشہ سے جو معکوس ہو ڈھانپ دیں کہ جس سے تبخیر کا ابطاء ہو۔ اسے آدھ گھنٹہ یا زیادہ دیر کے لئے پڑا رہنے دیں۔ ہو سکتا ہے کہ گھڑی کے شیشے کی بجائے امتحانی نلی کا استعمال مرجح ہو۔ کانچ کی ڈنڈی کے ذریعہ کسی قدر دست ورزی (manipulation) عمل میں لائی جاسکتی ہے اس غرض سے کہ لونی مادہ کی تحلیل میں آسانی ہو۔ لیکن بہتر یہی ہے کہ میکانکی مداخلت سے حتی الامکان اجتناب کیا جائے۔ مبادا پیدا شدہ محلول گدلا ہو جائے، اس کا تدارک تقطر سے بھی ہو سکتا ہے، لیکن جب رنگین سیال کی مقدار کم ہو، تو تقطیری کاغذ کی جاذبیت سے جو ضیاع ہوتا ہے وہ اہمیت رکھتا ہے معلق مادے کی تہ نشینی کے بعد نتھارا جائے تو اس پر یہی اعتراض وارد ہوتا ہے، یعنی ضیاع سیال کا اعتراض۔ مزید براں معلق مادہ اکثر اوقات تہ نشین ہونے کی جانب رجحان ظاہر نہیں کرتا۔ اگر دھبہ، پانی کے محلل عمل کی مدافعت

کرے۔ تو سہاگے (borax) کا سیر پانی میں سیر شدہ محلول استعمال کیا جا سکتا ہے اور اگر یہ دھبہ بہت ہی غیر حل پذیر ہو تو اس میں ایمونیا (ammonia) پانی کے چند قطرات ملائے جا سکتے ہیں۔ اس صورت میں جو محلول حاصل ہوگا، وہ ہیمیٹن (hæmatine) کا محلول ہوگا۔ قلویات ہیموگلوبن (hæmoglobin) کو ہیمیٹن میں تبدیل کر دیتی ہیں لیکن اگر خون کا لونی مادہ پانی میں غیر حل پذیر ہو تو یہ تغیر اس میں پیشتر ہی ہو چکا ہوگا۔

خون کے دھبوں کا طیف نمائی امتحان

جو سیال اس طرح (اور اگر ضرورت ہو تو تقطیر کے بعد) حاصل ہوتا ہے، اسے ایک چھوٹی سی کاشفی نلی میں یا ترجیحاً ایک متوازی دیواروں والے کانچ کے خانہ میں رکھدیا جاتا ہے اور پھر طیف نما سے اس کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ ایک چھوٹی بلا واسطہ نظر (direct vision) والی طیف نما سہولت دہ ہوگی۔ لیکن ایک واحد منشور والی میز کے طیف نما (single prism table-spectroscope) سے زیادہ صحیح نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ جب امتحان طلب سیال کی مقدار کم ہو تو خرد بین اور طیف نما کی وہ توافقی صورت استعمال کرنی چاہیئے جو خرد طیف نما کہلاتی ہے اور اس صورت میں سب سے بہتر تو یہ ہے کہ ساربی (Sorby) کے خلیات استعمال کریں جو کہ بارپیما نلی سے کاٹ کاٹ کے بنتے ہیں۔ یہ تقریباً ½ یا ⅓ انچ لمبے ہوتے ہیں اور ان کے دونوں سرے رگڑ کر باہم متوازی بنا دیئے جاتے ہیں اور ان میں سے ایک سرا معمولی خرد بینی تختی پر چسپاں کر دیا جاتا ہے۔ یہ خانہ، آزمائش طلب سیال کے چند قطرات سے ہی بھر جاتا ہے اور منشورات اور منبع نور کے مابین ایک ½ سے ⅓ انچ تک موٹی تہ منکشف ہو جاتی ہے۔ بہتر ہوگا کہ خانہ کو آزمائش طلب سیال سے لبالب بھر دیا جائے اور اس کے بالائی سرے پر ایک کانچ کا پتلا ڈھکنا پھسلا کر رکھدیا جائے مگر یہ ہے کہ ہوا کے

بلبلے نہ بننے پاویں۔ پھر اس خانہ کو خردبین کے منصہ (stage) پر رکھ دیا جائے جس کے چشمالہ کی بجائے ایک بلا واسطہ نظر کی طیف نما لگا دی جائے کہ جس کے ساتھ ماسکہ میں لانے کا کوئی انتظام ہو۔ طیف نمائی چشمالہ کے ایک جانب ایک عاکس (reflecting) منشور اس غرض سے لگا ہوتا ہے کہ کسی ایسے محلول کا طیف جو کہ متعارف نوعیت کے دموی لونی مادہ پر مشتمل ہو، مقابلہ کی غرض سے امتحان طلب خون کے طیف کے پہلو بہ پہلو ڈالا جا سکے۔ خرد طیف نما استعمال کرتے وقت خردبین کا آئینہ اس طور پر درست کرلیں کہ وہ روشنی کی شعاعیں ایک انبوبی خانہ کی راہ سے آلہ میں داخل ہوں جیسا کہ معمولی خردبینی کام میں کیا جاتا ہے۔ ایک مصنوعی روشنی کے چکدار منبع کو دن کی روشنی پر ترجیح دینا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ دن کی روشنی میں فرانہافر کے خطوط (Frauen-hofer's lines) کی موجودگی تکلیف دہ ثابت ہو۔ ڈی خط (D-line) کا محل وقوع بآسانی اسطرح دریافت ہو سکتا ہے کہ ایک پلاٹینم کے تار کو شعلے کے اندر لایا جائے جس کو پہلے سوڈیم کے محلول میں ڈبو لیا گیا ہو۔

ہیموگلوبن اور اس کے مشتقات کے طیف اس قدر امتیازی ہیں کہ اگر یہ حاصل ہو جائیں تو انھیں خون کی موجودگی کی قطعی دلیل سمجھنا چاہیئے لیکن اس بیان کی صداقت کی شرط یہ ہے کہ منجذب دھاریوں کے محل وقوع میں بعض ایسے تغیرات جن کا بیان ابھی ہوگا، پیدا ہوں اور دموی لونی مادہ کی ایک ہی کیفیت معائنہ کرنے پر قطعی رائے نہ دے دینی چاہیئے۔ اور بھی کئی اشیا ایسی ہیں کہ آکسی ہیموگلوبن سے بہت ہی ملتا جلتا طیف پیش کرتی ہیں لیکن بجز خون کے اور کوئی شے نہیں جو ہیموگلوبن کے طیف کے علاوہ مرجع ہیموگلوبن اور مرجع ہیمٹن کی دھاریاں بھی پیش کرے۔ اگر یہ سب طیف نمائی تعامل لونی مادہ کے ایک ہی نمونہ سے حاصل ہوں تو پھر اس میں ذرا بھی شک کی گنجائش نہیں کہ لونی مادہ خون سے ماخوذ ہے۔

آکسی ہیموگلوبن کا طیف [ملاحظہ ہو پیش صفحہ کتاب (frontispiece)]

یہ دو جذبی دھاریوں سے متصف ہوتا ہے جو شمسی طیف کے خطوط ڈی (D) اور

ای (E) کے درمیان واقع ہوتی ہیں پہلی دھاری ڈی (D) خط سے شروع ہو کر ای (E) کی جانب پھیلی ہوتی ہے اور دوسری کچھ فاصلہ چھوڑ کر شروع ہوتی اور ای (E) خط پر ختم ہو جاتی ہے کسی قدر انجذاب طیف کے دونوں سروں پر بھی واقع ہوتا ہے، خاصکر بنفشئی سرے پر۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ دھاریوں کی چوڑائی اور انجذاب کی عمومی مقدار کے اعتبار سے طیف کا جو منظر ہوتا ہے وہ زیر امتحان محلول کا جیسا ارتکاز ہوا اسکے مطابق اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ایک عمدہ طریقہ یہ ہے کہ تیز محلول سے شروع کر کے اس کو بتدریج مرقق کیا جائے تا آنکہ سب سے عمدہ نتائج حاصل ہوں۔ جس طیف کی کیفیت بیان ہوئی ہے یہ تازہ دھبوں میں ملتا ہے۔ پہلے اس امر کا ذکر کیا جا چکا ہے کہ خون کے دھبے کی مدت کا تعین تمام تر اسی مدت پر منحصر نہیں کہ جو جسم سے خون کے خارج ہو چکنے کے بعد گزر چکی ہو۔ ممکن ہے کہ دھبہ ہوا میں ترشئی بخارات کی موجودگی کے باعث قبل از وقت کہنہ ہو جائے یا کسی صاف فضا میں بہت دیر تک اپنی تازگی قائم رکھے۔ اس امر کو ذہن نشین رکھنا بہت ضروری ہے۔

60

اکثر اوقات خون کا لونی مادہ دھبے کا معائنہ ہونے سے پہلے ہی آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) کی حالت سے گزر کر مٹ ہیموگلوبن (methæmoglobin) کی حالت میں تبدیل ہو چکا ہوتا ہے۔ مٹ ہیموگلوبن (methæmoglobin) کی ہیئت ترکیبی کی تا حال صحیح صحیح تعیین نہیں ہوئی۔ شاید مروجہ نظریہ یہ ہے کہ مٹ ہیموگلوبن میں ہیموگلوبن اور آکسیجن کی اتنی ہی مقدار ہوتی ہے کہ جتنی آکسی ہیموگلوبن میں ہوتی ہے۔ فرق صرف یہ ہوتا ہے کہ مٹ ہیموگلوبن میں انکا امتزاج زیادہ قریبی ہوتا ہے۔ ایک متعادل گیس مثلاً ہائڈروجن یا نائیٹروجن کی رو جس طرح آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglohin) کی آکسیجن کو جدا کر دیتی ہے، ویسے مٹ ہیموگلوبن کی آکسیجن کو جدا نہیں کر سکتی جب دھبہ مٹ ہیموگلوبن کی حالت میں تبدیل ہو چکتا ہے تو بھورا سا رنگ اختیار کر لیتا ہے اور اغلب ہے کہ ترشئی تعامل ظاہر کرے اور اس حالت میں جو محلول حاصل ہوتا ہے، وہ تازہ دھبے سے حاصل شدہ محلول کی بہ نسبت کم سرخ اور زیادہ بھورا ہوتا ہے، تاہم اس کی حل پذیری میں کوئی

بڑی تخفیف نہیں ہوتی۔

مٹ ہیموگلوبن کے طیف کے متعلق کہہ سکتے ہیں کہ یہ عملی اغراض کے پیش نظر آکسی ہیموگلوبن کے طیف سے ملتا جلتا ہے۔ لیکن سرخ حصے میں ایک پتلی دھاری جو D خط کی نسبت C خط کے قریب تر ہوتی ہے اس پر مستزاد ہے۔ مزید براں طیف کے بنفشئی سرے میں اس سے زیادہ انجذاب ہوتا ہے جتنا کہ آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) کی صورت میں ہوتا ہے چنانچہ مٹ ہیموگلوبن کا طیف تین دھاریوں پر مشتمل ہوتا ہے یعنی دو تو اسی جگہ پر جہاں آکسی ہیموگلوبن کے دھاریاں ہوتی ہیں لیکن آکسی ہیموگلوبن کی دھاریوں سے زرد تر ہوتی ہیں اور ایک پتلی دھاری سرخ حصے میں۔

اگر آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) یا مٹ ہیموگلوبن۔ (methæ moglobin) کے محلول میں ایک ترجیع کن عامل مثلاً اسٹوک کا متعامل (Stokes' reagent) یعنی فیرس سلفیٹ (ferrus sulphate) اور تھوڑے سے ٹارٹرک ایسڈ کا ایک آبی محلول (جو امونیا کے ذریعہ قلوی بنایا ہوتا ہے) یا امونیم سلفائیڈ جو مرجع ہے، ملا دیں تو ترجیع شدہ ہیموگلوبن کا طیف حاصل ہوتا ہے۔ یہ طیف ایک چوڑی غیر متمیز دھاری سے بنا ہوتا ہے۔ جو قریب قریب اسی جگہ پر واقع ہوتی ہے، جہاں آکسی ہیموگلوبن کی دو دھاریاں ہوتی ہیں یعنی ڈی اور ای خطوط کے درمیان کے تقریباً سارے طیف کو ڈھانکے ہوئے ہوتی ہیں۔ طیف کے بنفشئی سرے کا انجذاب تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ آکسی ہیموگلوبن کی صورت میں۔ لیکن سرخ سرا قدرے زیادہ جذب ہوتا ہے۔

ہیموگلوبن کی آکسیجن سے امتزاج کی اور اس سے علٰحدگی کی دونوں حالتوں کو تناغت کرنے کے بعد کچھ حصہ ہیمٹن میں تبدیل کر دیتا چاہیے۔ ہیموگلوبن کو ترشے اور قلویات وغیرہ دوں میں تحلیل کر دیتی ہیں۔ ہیمٹن، جو ترشئی یا قلوی ہوتی ہے اور ہیموگلوبن کے حدید کو اپنے اندر قائم رکھتی ہے اور گلوبن۔ ترشئی ہیمٹن کا طیف مٹ ہیموگلوبن (methæmoglobin) کے طیف سے مشابہ ہوتا ہے۔ خون کے بعض دیگر طیفوں کی بہ نسبت یہ زیادہ مشکل سے دکھائی دیتا ہے۔

اور اس کی شناخت کے لئے ایک عمدہ آلہ اور ایک مخصوص کثافت کا محلول درکار ہے۔ قلوی ہیمٹن کا بھی ایک اپنا طیف ہے جو ترشئی ہیمٹن کے طیف کی بہ نسبت زیادہ مشکل سے حاصل ہوتا ہے۔ لونی مادہ کی شناخت کے لئے موخر الذکر دو طیفوں کا معائنہ ضروری نہیں ہے۔ یہ کافی ہے کہ ہیموگلوبن اور مٹ ہیموگلوبن اور ترجیع شدہ ہیموگلوبن کے طیفوں کے علاوہ ترجیع شدہ ہیمٹن یا ہیموکروموجن (hæmochromogen) کا طیف حاصل کیا جائے اور شناخت کیا جائے۔

ہیموگلوبن یا مٹ ہیموگلوبن کے اصل محلول کی تھوڑی سی مقدار میں چند قطرے سوڈیم ہایڈر آکسائیڈ (sodium hydroxide) کے ۲۰ فیصدی محلول کے ملاؤ تو رنگ میں تغیر دکھائی دیتا ہے اور اصل طیف زائل ہوجاتا ہے۔ اس قلوی ہیمٹن کے محلول میں جو اس طرح حاصل ہو چند قطرے امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) کے ملاؤ تو فوراً رنگ میں ایک مزید تغیر ظاہر ہوتا ہے اور محلول کسی قدر کلیرٹ کے رنگ (claret-coloured) کا ہوجاتا ہے۔ طیف نما سے معائنہ کرنے پر ترجیع شدہ قلوی ہیمٹن یا ہیموکروموجن (hæmochromogen) کا طیف جو سب طیفوں سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، دکھائی دیتا ہے۔ یہ دو دھاریوں سے بنا ہوتا ہے جو بہ نسبت آکسی ہیموگلوبن کی دھاریوں کے طیف کے بنفشئی سرے کے زیادہ نزدیک ہوتی ہیں۔ پہلی دھاری سیاہ اور کناروں پر بے حد خوبی کے ساتھ متمیز ہوتی ہے۔ اور D اور E خطوط کے مابین تقریباً وسط میں واقع ہوتی ہے۔ دوسری دھاری جو چوڑی ہوتی ہے، اتنی زیادہ متمیز نہیں ہوتی۔ E خط سے ادھر شروع ہوکر B خط تک پھیلی ہوتی ہے، اور طیف کا بنفشئی سرا اس سے زیادہ جذب ہوتا ہے جتنا کہ آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) کی صورت میں ہوتا ہے۔

امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) کی ترجیع کن طاقت اس قدر فعال نہیں ہوتی جتنی کہ اسٹوکس (Stokes) کے سیال کی۔ بدیں وجہ اگر امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) استعمال کیا جائے تو عام طور پر ترجیع شدہ ہیمٹن کی دوسری دھاری پہلی دھاری کے ظاہر ہونے کے بعد جو کہ فی الفور ظاہر ہوجاتی

61

ہے کچھ وقت تک (۵ سے ۱۰ منٹ) مکمل طور پر نمودار نہیں ہوتی۔ امونیم سلفائیڈ کے اضافہ کے بعد ہلکی سی آنچ پہنچانے سے ترجیع کا اسراع ہو سکتا ہے۔

اگر خون کے دھبے کا لونی مادہ کپڑے کے امتحان سے قبل ہی ہیمٹن میں تبدیل ہو چکا ہو، تو سب سے پہلا محلول جو اس سے حاصل ہوگا ترشئی ہیمٹن کا طیف پیش کریگا۔ مٹ ہیموگلوبن اور ترشئی ہیمٹن کے طیفوں کے درمیان جو مشابہت ہے اس کی جانب پہلے ہی اشارہ کیا جا چکا ہے ایک ترجیع کن عامل کا اضافہ فوراً ایک کا دوسرے سے امتیاز کر دیتا ہے۔ مٹ ہیموگلوبن کا طیف، ترجیع شدہ ہیموگلوبن کے طیف میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اور ترشئی ہیمٹن کا طیف ترجیع شدہ ہیمٹن کے طیف میں۔ جب ترشئی ہیمٹن فطرتی اسباب سے یعنی ترشہ ملائے بغیر پیدا ہوئی ہو اور اس میں امونیم سلفائیڈ بطور ترجیع کن عامل استعمال کی جائے تو پہلے قلی ملانے کی ضرورت نہیں پڑتی۔

ہیموگلوبن اور ہیمٹن کی ترجیع کرنے کے بعد ان دونوں کو تناظر محلولوں کے ساتھ ملا کر دوبارہ آکسائیڈ بنایا جا سکتا ہے۔ اس طرح آکسائیڈ آسانی سے بنانا ہو تو یہ ضروری ہے کہ ترجیع کن عامل کی کم از کم مقدار جو اس غرض کو انجام دے، استعمال کی جائے۔

خون کے دھبوں کا کیمیاوی امتحان

اگر کافی مادہ میسر ہو تو کیمیاوی کاشفات میں جو سب سے زیادہ فیصلہ کن کاشفہ ہے اس کی طرف رجوع کیا جا سکتا ہے۔ یعنی ہیمن (haemin) قلموں کی تکوین۔ داغدار کپڑے میں سے ایک ٹکڑا ڈاک کے ٹکٹ کے برابر کاٹ کر نکال لیں اور اگر ماہرانہ دست ورزی سے کام لیا جائے تو اس سے بھی کم کافی ہوتا ہے۔ اس ٹکڑے کو تین مساوی الجسامت دھجیوں میں تقسیم کر دو اور ان کو خوردبین کی تختی پر اوپر تلے رکھ دو۔ اس میں نمک کی ایک باریک قلم ملاؤ اور اتنا

گلیشیل ایسٹک ایسڈ (glacial acetic acid) ملاؤ کہ جو کپڑا اتر کرنے کے لیے کافی ہو اور پھر اس کے چند قطرے اور ملاؤ۔ کپڑے پر ایک کانچ کی ڈنڈی کو رکھکر اسے ایک دو منٹ تک آگے اور پیچھے گھماؤ تاکہ لونی مادہ اچھی طرح ترشہ میں حل ہو جائے پھر کپڑے کو کلاب کے ذریعہ کھینچکر اور اس پر ڈنڈی کو آخری مرتبہ دباکر اس سے ایک میلا سا بھورا سیال نچوڑا جا سکتا ہے۔ ڈنڈی کے دستے کے ذریعہ اس سیال کو دونوں جانب سے تھکتے ہوئے تختی کے وسط میں لاؤ۔ اور اس پر ایک پتلا ڈھکن شیشہ رکھ دو۔ تختی کو ایک سر سے پکڑ کر اس کا وسط بنسن لیمپ کے شعلے کے اوپر آگے پیچھے پھیرو۔ اور اس فعل کو یہاں تک جاری رکھو کہ سیال فعالیت کے ساتھ جوش کرنے لگے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ ڈھکن کے نیچے سرعت سے بلبلے بننے لگتے ہیں بعدہٗ تختی کو بتدریج سرد ہونے دو۔ جب یہ سرد ہو چکے تو ۳۰۰ قطر کی طاقت کے نیچے اس کا معائنہ کرو۔

ہیمن قلموں کی تکوین میں ایک دو باتوں کی احتیاط ملحوظ رکھنی چاہئے۔ سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کی مقدار بہت ہی کم ہونی چاہئے۔ اگر قلم ایک چھوٹی سی سوئی کے سر کے برابر بھی ہو تو یہ کافی ہے، اگر اس سے زیادہ سوڈیم کلورائیڈ ملایا جائے تو خردبین سے معائنہ کرنے پر میدان نمک کے مکعب قلموں سے ڈھکا ہوا نظر آتا ہے۔ اگر خون تازہ ہو تو سوڈیم کلورائیڈ ملانے کی ضرورت نہیں ہے۔ ترشہ بافراط استعمال کرنا چاہئے۔ اپانے میں احتیاط کی ضرورت ہے، اس فعل کو اچھی طرح انجام دینا چاہئے لیکن اگر آنچ بہت ناگہاں پہنچائی جائے، تو غالباً شیشہ ترخ جائے گا، اور اگر ضرورت سے زیادہ احتیاط برتی جائے، یعنی بہت ہی آہستہ آہستہ حرارت پہنچائی جائے تو پتلے شیشے کے محیط کے گرداگرد کا سیال تبخیر سے اڑ جائے گا اور خشک شدہ باقیات ڈھکنے کے نیچے کے سیال کو سربمہر کر دیں گے چنانچہ جب ابال آئے گا تو ڈھکنے کا شیشہ اچھل کر دور جا پڑے گا۔

ہیمن قلمیں [ٹکمین (Teichmann) کی قلمیں] ہائیڈروکلوریٹ آف

ہیمٹن (hydrochlorate of hæmatin) کی بنی ہوتی ہیں۔ یہ پانی الکحل، مرتوق ایسٹک ترشہ اور ہائیڈ رکلورک ترشے میں ناحل پذیر ہوتی ہیں لیکن اُبلتے ہوئے ایسیٹک (acetic) اور ہائڈروکلورک (hydrochloric) ترشوں میں اور کاوی قلیوں میں حل پذیر ہوتی ہیں گوائکم (guaiacum) کا کاشفہ کرنے پر نیلا تعامل پیش کرتی ہیں جب اُنکو خاکستر کرکے انکی راکھ ہائیڈروکلورک ترشے کے قطرے اور پوٹاشیم سلفوسائنائیڈ (potassium sulphocyanide) کے محلول میں ملائی جاتی ہے تو سرخ رنگ کی پیدائش حدید کے وجود کا ثبوت پیش کرتی ہے۔ خردبین کے نیچے رکھنے پر بھوری یا شراب رنگی قلمیں دکھائی دیتی ہیں جو منعکس روشنی ڈالنے پر ایک فولادی نیلی جھلک دکھاتی ہیں۔ اور بالعموم معین شکل کی تختیوں کے مشابہ ہوتی ہیں جو اکثر اوقات اوپر تلے پڑی ہوتی ہیں اور اسطرح صلیبوں اور ستاروں کی شکلیں بناتی ہیں۔ قلموں کی جسامت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات تو یہ انتہا درجہ بڑی ہوتی ہیں اور خوب ہی متشکل ہوتی ہیں اور بعض اوقات ۳۰۰ قطر کی طاقت سے بھی متشکل پہنچائی جا سکتی ہیں۔ جب یہ چھوٹی ہوتی ہیں تو گاہے بورک الیسڈ نام نہام نہاد سلی (whet stone) قلموں سے مشابہت رکھتی ہیں لیکن انسے بہت ہی چھوٹی ہوتی ہیں۔ بیان کردہ طریق سے جو قلمیں حاصل ہوتی ہیں جب یہ مذکورہ بالا طبیعی اور کیمیاوی خواص رکھتی ہوں تو خون کی موجودگی کا قطعی ثبوت مہیا کرتی ہیں۔

انسانی اور حیوانی خون میں کیا فرق ہے۔ اس مسئلہ کی طرف بڑی مدت تک طبی قانون دانوں کی توجہ مبذول رہی ہے۔ پرندوں مچھلیوں اور سانپوں کا خون اتنا نمایاں فرق ظاہر کرتا ہے کہ اس کا انسانی خون سے امتیاز کرنا ممکن ہے۔ اس میں سرخ جسیمے انسانی خون کی نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں انکی شکل بیضوی ہوتی ہے اور وہ نواۃ دار ہوتے ہیں جن پستانیوں کے دموی جسیمے انسان کے دموی جسیموں سے امتیازی طور پر مختلف ہوتے ہیں وہ صرف وہی ہیں جو کہ اونٹ کے قبیلہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ اونٹ کے سرخ جسیمے بھی بیضوی ہوتے ہیں اگرچہ یہ نواتدار نہیں ہوتے۔ انسانی سرخ جسیموں اور

عام پستانیوں کے سرخ جسیموں کے درمیان جسامت کا اختلاف اس قدر خفیف ہوتا ہے کہ خواہ خون تازہ بھی ہو تو بھی گواہ حق بجانب نہیں ہے کہ وہ محض اسکی بنا پر قطعی طور پر یہ کہہ دے کہ فلاں نمونہ انسان سے ماخوذ ہے نہ کسی اسفل حیوان سے چہ جائیکہ جبکہ وہ اس وقت حق بجانب ہو جب کہ جسیموں کو خشک کرنے کے بعد ایک مصنوعی طور پر تیار کردہ بدل مصل میں ڈبو لیا جاتا ہے۔ عام ترحیوانات میں سے بعض جو کہ انسان سے مقابلہ کرنے پر سرخ جسیموں کی جسامت کا نہایت نمایاں اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ یعنی تقریباً ۷،۴ اور ۷،۷ کی نسبت سے خون کے سرخ جسیموں کے مندرجہ ذیل ابعاد (dimensions) ایک جدول سے جو وائٹ[۱] (White) ٹریڈ وال (Treadwell) کی پیمائشوں سے مرتب کی گئی ہے لئے گئے ہیں۔

انسان	۷،۹۴۰
کتا	۶،۹۱۸ 〃
خرگوش	۶،۳۶۵ 〃
گدھا	۶،۲۹۳ 〃
سؤر	۶،۱۰۱ 〃
گھوڑا	۵،۵۰۳ 〃
بلی	۵،۴۶۳ 〃
بیل	۵،۴۳۶ 〃
بھیڑ	۴،۷۴۵ 〃

جسامت کے یہ اختلافات نسیجیاتی نقطۂ نگاہ سے ایک معتد بہ دلچسپی کا باعث ہیں تاہم یہ ضرور نہیں کہ وہ طبی قانونی اغراض کے لئے بھی کافی ممیز ثابت ہوں ایسے مباحث میں جن میں کسی شخص کی جو شائبہ قصور ہو زندگی معرض خطر میں ہو تو علم ماہرانہ شہادت شک وشبہ سے پاک ہونی چاہیے۔ لہذا یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ قطع نظر مذکورہ بالا مستثنیات کے انسانی خون اور اسفل حیوانات کے خون میں خوردبینی امتحان کے ذریعہ قطعی طور پر فرق کرنا ناممکن ہے

[۱] The Med.-Legal Journal, New York, 1895.

ماہواری خون کے موضوع پر بحث کرتے وقت بھی یہی نقطہ نظر اختیار کرنا چاہئے اگرچہ یہ خون ترویب پذیری کے لحاظ سے اور بلحاظ اس تعامل کے جو یہ مظہرات قلویت و ترشگی کے ساتھ ظاہر کرتا ہے، بعض امتیازی خصوصیات بھی رکھتا ہے، تاہم اس کو دیگر حصص جسم کے خون سے قطعی طور پر تمیز کرنا ناممکن ہے۔

انسانی خون اور اسفل حیوانات کے خون کے درمیان فرق کرنے کا حیاتیاتی طریقہ

اگر انسان کا خون خرگوش کے باریطونی کہفہ میں وقفہ وقفہ سے دیگر پانچ چھ بار مشرب کیا جائے۔ اور آخری اشراب کے ۷ یا ۱۰ دن بعد اس حیوان کو ہلاک کر ڈالا جائے تو مصل جو اس سے حاصل ہوگا وہ انسانی خون کیلئے مرسِّب (precipitant) ثابت ہوگا لیکن بندر کے سوا باقی حیوانوں کے خون کے لئے مرسب نہ ہوگا [طریقوں کے لئے نٹل[1] (Nuttall) نیسر[2] (Neisser) ساچ[3] (Sachs) اور مکوینی (McWeeney) کی طرف رجوع کریں]۔

سب سے پہلے ڈیوش[4] (Deutsch) نے ۱۹۰۱ء میں یہ رائے دی کہ ہیمولاسین

---

[1] Blood Immunity and Blood Relationship, 1904.

[2] Berlin. klin. Wochenschr., 1905.

[3] Lancet, 1910.

[4] Centralbl. f. Bakteriol., 1901.

(haemolysin) کا کشفہ کو طبی قانونی مدادلت میں استعمال کیا جائے اور اسی سال میں وازرمین (Wassermann) اور شُلٹز[1] (Schutze) نے رسوبین کا کاشفہ تجویز کیا حیاتیاتی کاشفہ سے تجربہ کار ہاتھوں میں بیش قیمت معلومات حاصل ہو سکتے ہیں اور بہت سے مشاہدین کی یہ رائے ہے کہ اسے کامل طور پر معتبر سمجھنا چاہیے نہ صرف اس انسانی خون کے لئے جو کہ تازہ ہو بلکہ اس خون کے لئے بھی جو گندیدگی پذیر ہو۔ نٹل (Nuttall) نے ایسے انسانی خون سے مثبت نتائج حاصل کئے ہیں جو دو مہینے سے گندیدہ ہو رہا تھا۔

کولمر[2] (Kolmer) بیان کرتا ہے کہ خون کا خلاصہ اس طرح تیار کرنا چاہیئے کہ داغدار کپڑے کا ٹکڑا کاٹ کر نکال لیا جائے یہ تقریباً ۳ اِنچ مربع ہو اس کو انگلی سے نہیں بلکہ قینچی اور کلّاب کے ذریعہ پھاڑ کر پرزہ پرزہ کر دیا جائے اور ۴۰ سنٹی میٹر طبعی ملحی محلول میں ڈال دیا جائے۔ اگر یہ دھبہ لکڑی یا شیشے یا دھات پر ہو تو اس کو احتیاط سے کھرچ کر اتار لیا جائے۔ بطور ایک اقتداری تجربہ کے ایسا ہی خلاصہ کپڑے کے ایک غیر داغدار حصہ کا بھی بنایا جائے یہ ثابت کرنے کے لئے کہ یہ تعامل ظاہر نہیں کرتا۔ محلول کو ۲ سے ۲۴ گھنٹے تک ایک طرف پڑا رہنے دیا جائے اور ہلایا نہ جائے۔ خلاصہ ۱/۱۰۰۰ سے زیادہ طاقتور نہ ہو اور منتقل روشنی سے بے رنگ اور بالکل شفاف نظر آئے۔ یہ خصائص برکفیلڈ (Berkefeld) مقطار سے تقطیر کرکے پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ جب اموَن مصل (immune serum) تیار کرنا مقصود ہو تو سالم خون کا اشراب کیا جا سکتا ہے، لیکن خالی مصل کا استعمال مرجح ہے۔ مصل بہت قوی عقیم اور بالکل شفاف ہونا چاہیے۔ جن نلیوں میں خلاصہ اور اموَن مصل ہے ان کو ہلانا نہ چاہیئے۔ مثبت تعامل کی نشانی یہ ہے کہ دو سے ۵ منٹ تک

---

[1] Berlin. klin. Wochenschr., 1901.

[2] ہدایت، اموَنیت اور Infection, Immunity and Specific Therapy, 1917

میں نلی کی تہ پر ایک دھندلا سا سحاب بن جاتا ہے جو زیادہ واضح ہو کر ۲۰ ۔ اسے ۲۰ منٹ تک میں ایک رسوب بنا دیتا ہے ۔ ۲۰ منٹ کے بعد اگر کوئی کثافت پیدا ہو تو وہ کوئی اہمیت نہیں رکھتی ۔ رسوبینی کاشفہ کو نٹل (Nuttall) جو اس کا بہت تجربہ رکھتا ہے، نہایت نوعی خیال کرتا ہے صرف قریبی تعلق والے (closely allied) انواع، مثلاً خرگوش اور ارنب یا گھوڑے اور خچر کی صورت میں شک وشبہ کی گنجائش ہے ۔ کولمر (Kolmer) بیان کرتا ہے کہ انسانی خون اعلیٰ بے دم بندروں (apes) اور حتیٰ کہ بندروں کے اسفل فصیلوں کے خون کی آمیزش پر کچھ تعامل ظاہر کرتا ہے، لیکن یہ عامل اس طرح دریافت ہو سکتا ہے کہ یا تو ہلکاتے ہیں صحیح طرز عمل ملحوظ رکھا جائے یا اس امکان کو کہ فلاں داغ بندر کے خون کا ہے واضح طور پر ثابت کیا جائے ۔ یہ تعامل ایسے خون سے بھی حاصل ہو سکتا ہے جس کی حالت ترقی یافتہ گندیدگی کی ہو ۔ اور ایسے دھبے سے بھی حاصل ہو سکتا ہے جو ایک سال یا زیادہ سے خشک کیا گیا ہو۔

مکوینی (McWeeney) نے دو واقعات کی اطلاع دی ہے، جن میں یہ امتحان مفید ثابت ہوا ۔ اول میں ایک آدمی کی ٹوپی پر جس پر قتل عمد کا الزام تھا، خون کا دھبہ پایا گیا ۔ رسوبینی کاشفہ کے ذریعہ جو تعامل حاصل ہوا وہ انسانی خون سے نہیں بلکہ گھوڑے کے خون سے مختص تھا ۔ بعد میں دریافت کرنے پر یہ ثابت ہوا کہ یہ آدمی کسی اسپ فروش کی ملازمت میں رہ چکا ہے اور اکثر اوقات گھوڑوں پر اور خاصکر ہنہ کے خطہ پر کئے جانے والے عملیوں میں مددگار رہا ہے ۔ بہت ممکن تھا کہ خون اسپ کا کوئی قطرہ اس کی ٹوپی پر جا گرا ہو اور وہیں خشک ہو گیا ہو ۔ دوسرے واقعہ میں بھی ایک آدمی پر قتل عمد کا الزام لگایا گیا تھا اور اس کے لباس اور چاقو پر خون پایا گیا ۔ اس نے بیان یہ دیا کہ چاقو ایک بکرے کو ذبح کرنے کے لئے استعمال کیا گیا تھا لیکن امتحان سے جو تعامل حاصل ہوا، وہ انسانی خون سے مختص تھا ۔ قاتل ابھی منتظر سماعت ہی تھا کہ اس نے اقبال جرم کر لیا ۔

خون کے وہ دھبے جو چاقوؤں اور دیگر فولادی اوزاروں پر

ہوتے ہیں۔ اگر دھبہ پورے طور پر تازہ نہ ہو تو اکثر اوقات اس پر عمل کرنا نہایت دشوار ہوتا ہے۔ لونی مادہ حدیدی آکسائیڈ (oxide) سے ممزوج ہونے کا اور اس طرح بہت ہی ناحل پذیر ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ سہاگے کے سیر شدہ محلول کے ذریعہ جس کے ساتھ آب امونیا کے چند قطرات ملے ہوئے ہوں اتنی ہیمٹن حل ہو کر خارج ہو جاتی ہے کہ جو طیفی تجزیہ کے لئے کافی ہوتی ہے۔ جماؤ کو اوزار پر سے کھرچ لیا جاتا ہے اور تھوڑے سے محلول کے ساتھ ہضم کر لیا جاتا ہے۔ اور پھر اس محلول کو نتھار کر یا تقطیر کر کے حدیدی آکسائیڈ (oxide) سے جدا کر لیا جاتا ہے۔ خون کے ان تازہ دھبوں پر جو دھات پر ہوں آسانی سے عمل کیا جا سکتا ہے سوائے اس صورت کہ یہ دھبہ پتلا ہو یا چھوٹے چھوٹے قطعات کی شکل میں ہو مثلاً جب ایک چاقو قاتلانہ اغراض کے لئے استعمال کئے جانے کے بعد اسکو کپڑے سے پونچھ دیا گیا ہو۔ ایک موئے شتر کی چھوٹی قلم کو جو مقطر پانی یا ایک سہاگے کے محلول میں بھگوئی گئی ہو ان داغدار حصوں پر پھیرنے سے اتنا لونی مادہ حاصل ہو جائے گا کہ جو خرد طیف نما سے شناخت کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے اگر کوئی کمانیدار چاقو زیر تحقیقات ہو تو اس کے جوڑ کی طرف خاص توجہ مبذول کرنی چاہیے۔ اگر عدسہ کے ذریعہ معائنہ کرنے پر جوڑ میں لونی مادے کا وجود معلوم ہو تو ضروری ہے کہ اس کی چولیں نکال لی جائیں اور چاقو کے حصے الگ کر لئے جائیں۔ اس طریقہ سے اکثر اوقات وافر شہادت حاصل ہو جاتی ہے۔

جب کسی کٹی ہوئی چھوٹی شریان سے خون نکل کر اچھلتا ہے تو ممکن ہے کہ کسی نزدیک کی دیوار یا فرنیچر (furniture) پر پڑے۔ اس کا منظر غالباً چھوٹی چھوٹی چھینٹوں یا دھبوں کا ہوگا بعض اوقات جب دھار سطح پر ترچھی پڑتی ہے تو یہ علامات استفہام کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ شریانی اور وریدی خون کے درمیان جو کپڑوں یا فرنیچر پر پایا گیا ہو بخوبی تمیز نہیں ہو سکتی بجز اس صورت کے کہ کسی بہت ہی چھوٹی شریان نے اپنے مشمولات کو ایک باریک پھنوار کی

شکل میں دورتک چھڑک دیا ہو۔ زیمکے[1] (Ziemke) نے اس بارے میں کامل تحقیقات کی ہے کہ وہ بلندی جس سے خون گرتا ہے اور چوٹ کی سمت اور آیا متضرر شخص حرکت میں تھا یا سکون میں۔ ان امور کے لحاظ سے خون کے دھبے کیا کیا شکل اختیار کرتے ہیں ۔

خون کے علاوہ دیگر دھبے

چاقوؤں پر زنگ کے دھبے اور خاصکر وہ دھبے جو پھل مثلاً سنگترے یا سیب کاٹنے میں چاقو استعمال کرنے سے پیدا ہوں (یہ دھبے علی الترتیب حدید کے سٹریٹ (citrate) یا میلیٹ (malate) سے بنا ہوتا ہے)۔ اکثر اوقات خون کے دھبوں کے ساتھ بہت مشابہت ظاہر کرتے ہیں۔ زنگ کے دھبے پانی میں حل نہیں ہو سکتے، اور فولا دپر نباتی ترشوں کے عمل سے جو محلول حاصل ہوتے ہیں وہ دموی تعاملات میں کا ایک بھی تعامل پیش نہیں کرتے۔ کپڑے نباتی یا معدنی یا انی لین (aniline) لونی مادہ سے ملون ہو سکتے ہیں۔ اکثر ثمری دھبے خون کے مشابہ ہوتے ہیں۔ آب امونیا ان کی رنگت کو سبزی مائل رنگت میں بدل دیتا ہے اور بعض نباتی دھبے اس تعامل سے قرمزی بنجاتے ہیں۔ بعض مثلاً لاگ وڈ (logwood) کے دھبے نیلے سے بدلکر سیاہ ہوجاتے ہیں۔ اکثر اوقات ہلکے ترشے نباتی دھبوں کا رنگ تبدیل کر دیتے ہیں ۔

معدنی دھبے اکثر اوقات حدید کے آکسائیڈ سے یا اس کے بعض املاح سے بنتے ہیں۔ عام طور پر امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) ایسے دھبوں کو سیاہ کر دیتا ہے ۔ لیکن چونکہ اس تعامل میں کا امونیا بعض نباتی دھبوں مثلاً آرچل (archil) لاگ وڈ (logwood) کو سیاہ کر دیتا ہے۔ اس لئے خالی آب امونیا کے ساتھ بھی

[1] International Medical Congress, London, 1913.

اقتداری تجربہ کرنا ضروری ہے۔ اگر ہائڈروکلورک ترشہ کا ایک قطرہ اور بعد ازاں پوٹاشیم فروسائنائیڈ (potassium ferrocyanide) محلول کا ایک قطرہ آہنی دھبوں کے ساتھ ملایا جائے تو پرشین نیلا رنگ (prussian blue) پیدا کرتا ہے خون سے مشابہ اکثر انیلین (aniline) دھبے ہلکے نائیٹرک (nitric) ترشہ کے ساتھ آمیز کئے جانے پر زرد ہو جاتے ہیں یا فاضل ترشہ کا رنگ زرد کر دیتے ہیں۔ ان امتحانات کے علاوہ ضروری ہے کہ ہیموگلوبن اور اس کے مشتقات کی عدم موجودگی بھی ثابت کی جائے۔

باب ۱۰

مردہ کی شناخت

مردے کی شناخت اس وقت درکار ہوتی ہے جب کسی نامعلوم شخص کی لاش جو تشدد یا فاقہ کشی یا مرض سے مرگیا ہو، کھلی ہوا، مکان کے کسی بیرونی حصہ میں یا دیگر غیر آباد مکانات میں یا آتش زدگی کے بعد کسی آباد مکان میں یا ہوٹل میں جہاں مسافر عارضی طور پر رہائش رکھتے ہوں' یا دھما کا ہونیکے بعد یا ریل کا حادثہ ہو جانے کے بعد پائی جاتی ہے۔

اگر جسم کے اعضا میں بہت تجدیع کی گئی ہو یا اس کی گندیدگی بہت ترقی یافتہ ہو تو تفتیش میں مشکلات بڑھ جاتی ہیں۔ اور شاید سب سے زیادہ مشکل وہ واقعات ہوتے ہیں جن میں اعضا کی علحدگی اور تجبیع خاص اس مقصد سے عمل میں لائی گئی ہو کہ وہ امتیازی خصوصیات جو شناخت میں مدد دے سکتی ہیں نظر نہ آئیں۔

بعض امور کی طرف توجہ دلانے کی ضرورت ہے جو

ایسی تفتیش کی کہ جس کا مقصد غیر معلوم شخص کی لاش شناخت کرنا ہے، اساس ہیں قد و قامت، سن، تغذیہ کی عمومی حالت، بالوں کا رنگ، ندبے، کسی قسم کے جلدی نشانات، بدساختگیاں، ہڈیوں کے دیرینہ تضرر کی علامات، مصنوعی دانتوں کی موجودگی اور قدرتی دانتوں کی عدم موجودگی یہ تمام امور قابل توجہ ہیں۔ اگر لاش غیر مقطوع اور تازہ ہو تو ان میں سے اکثر نقاط کا تصفیہ ہوسکتا ہے لیکن سن کا فیصلہ کرنا سب سے زیادہ مشکل ہوتا ہے۔

جب جسم کے ٹکڑوں کی بنا پر رائے قایم کرنی ہو کہ جن میں گوشت اور جلد ہی باقی رہ گئے ہوں تو بہت کچھ ان ٹکڑوں کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے۔ مثلاً پاؤں کی بہ نسبت ایک پورا ہاتھ مجلسی مرتبہ اور پیشہ کے متعلق زیادہ معلومات بہم پہنچائے گا۔ اگر جسم کی بہت زیادہ تجدیع کی گئی ہو اور سوائے چند ٹکڑوں کے کچھ بھی برآمد نہ ہو تو غالباً سینہ یا شکم سے مقتول کی صنف معلوم ہوجائے گی۔ اس قسم کی تمام تفتیشات میں کامیابی کو یقینی بنانے کے لئے تفصیلات کی جانب گہری توجہ کی ضرورت ہے۔ اگر جسم کے ٹکڑوں کا معاینہ کیا جائے تو خاص طور پر ان مقامات کی طرف توجہ مبذول کرنی چاہیئے جہاں سے اعضا اور باقی جسم کے درمیان علیحدگی عمل میں لائی گئی ہے۔ صحیح تفصیلات اسی وقت قلمبند کرلینی چاہئیں اور ممکن ہو تو ایک عکسی تصویر بھی لے لینی چاہیے یا ایک نقشہ اتار لینا چاہیئے تاکہ آئندہ وقت میں اگر باقی ٹکڑے دستیاب ہوجائیں تو یہ تحقیق ہوسکے کہ آیا وہ اسی جسم کے ٹکڑے ہیں یا نہیں۔

ندبوں کی موجودگی خواہ یہ کتنے ہی چھوٹے ہوں ضرور ملاحظہ کرنا چاہیئے ممکن ہے کہ بعد میں یہ عیاں ہو کہ فرد جس کی لاش زیر امتحان ہے، اس کے بازو سے خون نکالا گیا تھا، یا اس کو کوئی چھوٹا سا زخم لگا تھا۔ اور معلوم ہوجائے کہ اس شخص کی گمشدگی کے وقت تک وہ ندبہ موجود تھا۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں ٹیٹو کے نشانات کی سابقہ موجودگی کا شبہ ہو یہ سفارش کی گئی ہے کہ پڑوس کے لمفی غدد کو نکال کر لونی مادہ کے لئے ان کا معائنہ کیا جائے۔

قد و قامت

قد کا تعین قدرے وسیع حدود کے اندر تنہا جوارح سے کیا جا سکتا ہے حتیٰ کہ بعض ہڈیوں سے بھی۔ اگر بازو کے طول کو دو سے ضرب دی جائے اور اس میں ہر ایک ترقوہ (clavicle) کے چھ چھ انچ اور عظم القص (sternum) کے عرض کا ڈیڑھ انچ جمع کیا جائے تو یہ عدد انگشتہائے وسطیٰ کے سروں کے درمیان بازو پھیلے ہونے کی حالت میں جو فاصلہ ہوتا ہے اس کے برابر اور تقریباً جسم کی بلندی کے برابر ہوتا ہے (ٹیلر : Taylor) اور عظم الفخذ (femur) برابر ہوتا ہے جسم کی بلندی کی تقریباً ۲۷.۵ کسر کے (قوین Quain) بعض لمبی ہڈیوں کی لمبائی ہیں اور جس فرد کی وہ ہڈیاں ہوں اس کے قد و قامت میں ایک نسبت قائم کرنے کی غرض سے حساب لگا کر جدولیں بنائی گئی ہیں۔ لیکن جن پیمائشوں سے اوسط نسبت نکالی گئی ہے ان کے سلسلہ کی انتہاوں کے درمیان اس قدر فرق ہوتا ہے کہ وہ اس نسبت کے اطلاق عمومی کی اجازت نہیں دیتا۔ ایک دو ہڈیوں کی پیمائش سے حاصل کردہ تخمینہ جات نہایت غیر معتبر ہوتے ہیں۔ اگر یہ پیش کرنے ہی ہوں۔ تو مشروط طور پر پیش کرنے چاہئیں کیونکہ یہ زیادہ تر قیاس پر مبنی ہوتے ہیں۔ اگر سارے کا سارا ڈھانچہ میسر ہو تو اس کی لمبائی میں ۱½ انچ جمع کر دیں جو کہ نرم حصص کا قائم مقام ہے۔

سن کا اندازہ لگانے کے معیار پہلے دیے جا چکے ہیں۔

اگر جسم سالم مگر بوسیدگی کے ترقی یافتہ درجہ میں ہو تو ممکن ہے کہ صنف تک کے معلوم کرنے میں دقت ہو۔ نقاط جو ملاحظہ کرنے چاہئیں یہ ہیں: سر کے بال، زہار کے بال، پستانوں کا درجہ نمو۔ سر کے بال عورتوں میں عام طور پر مردوں کی بہ نسبت زیادہ لمبے لمبے اور باریک ہوتے ہیں۔ اور موئے زہار عورتوں میں عام طور پر ناف کے اس قدر قریب نہیں پہنچتے جتنے کہ مردوں میں پہنچتے ہیں۔ عورتوں میں پستان زیادہ ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ لڑکیوں میں

ان کے ابتدائی آثار کے سوا کچھ نہیں ہوتا ۔ لباس سے بھی شناخت میں مدد ملتی ہے۔ خواہ جسم سے اس کے صرف ٹکڑے ہی چسپاں رہ گئے ہوں ۔ فلزی اشیا مثلاً انگوٹھیوں اور دیگر زیورات سے بھی کچھ سراغ نکل سکتا ہے ۔ یہ امر بھی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ رحم گندیدگی کے تغیرات کی مدافعت کرتا ہے ۔

اگر نرم حصے غائب ہو چکے ہوں تو ہڈیوں سے سن اور صنف کا پتہ چل سکتا ہے ۔ اگر ہڈیاں علیحدہ علیحدہ یا ٹکڑوں کی شکل میں ملیں تو سب سے پہلے اس سوال کا جواب دینا چاہیئے ، آیا یہ انسان کی ہیں یا ادنیٰ حیوانات میں سے کسی ایک کی ہڈیاں ہیں ۔ اگر ہڈی صحیح و سالم ہو وہ تو اکثر اوقات کوئی لاینحل مشکل پیش نہیں کرتی ۔ انسانی عظمیات کی کماحقہ، واقفیت کی مدد سے کسی نہ کسی تسلی بخش نتیجہ پر پہنچا جا سکتا ہے خواہ یہ موافق ہو یا خلاف ۔ اگر ہڈی انسانی نہ ہو تو ایک معمولی طبیب کے لئے اس کا تعین کرنا کہ یہ کس حیوان سے ماخوذ ہے کسی طرح آسان نہیں ۔ اگر گواہ تقابلی عظمیات سے خوب واقف نہ ہو تو اس کے لئے سب سے بہتر یہ ہے کہ اس بیان پر اکتفا کرے کہ زیر بحث ہڈی انسانی ہڈی نہیں ہے ۔ ممکن ہے کہ لمبی ہڈیوں کی ڈونڈیوں (shafts) کے ٹکڑے بہت مشکل پیش کریں چنانچہ گواہ پر اسی قدر احتیاط بھی واجب ہے ۔ ہو سکتا ہے کہ ٹکڑا اتنا چھوٹا اور بے ڈھب شکل کا ہو کہ یہ سوال پیدا ہو جائے کہ وہ ہڈی بھی ہے یا نہیں اس سوال کا حل خردبین سے اس طرح ہو سکتا ہے کہ وہ ہڈی کی ساختی خصوصیات کی موجودگی یا عدم موجودگی ظاہر کر دیتی ہے ۔

وقتاً فوقتاً ہڈیوں کے مجموعے ایسے حالات میں دریافت ہوتے ہیں جو شک پیدا کرتے ہیں کہ قتل عمد کا ارتکاب کیا گیا ہے ۔ اگر ایسے مجموعہ کے متعلق ماہر سے استصواب رائے کیا جائے تو سب سے پہلی بات تحقیق کرنی یہ ہوتی ہے کہ ہڈیاں انسانی ہیں یا نہیں ۔ اگر انسانی ہوں تو انکو اس طرح ترتیب دینی چاہئیں کہ ایک ڈھانچہ تیار ہو جائے جو حتی الامکان مکمل ہو ۔ گا ہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ دوہری ہڈیاں موجود ہوتی ہیں جو باقیات کی دوگانہ نوعیت پر دلالت کرتی ہیں ۔ پھر ایک مکمل روئداد قلمبند کرنی چاہیئے اور جب ترتیب

مکمل ہوجائے تو اس کا نقشہ یا عکسی تصویر اتار لینی چاہیے۔ اگر کوئی غیر طبعی ضرب یا تضرر کا نشان ہو تو یہ ملاحظہ کرنا چاہئے لیکن اس بات کا لحاظ رکھیں کہ تشدد کے وہ اثرات جو کھدائی کے کام میں اوزاروں سے پیدا ہو جاتے ہیں اس عنوان کے تحت نہ لائے جائیں۔ جواب طلب سوالات یہ ہیں جس فرد یا افراد کی ہڈیاں ہیں اس کا سن، قد و قامت، صنف کیا تھی۔ کیا موت کے سبب کی کوئی نشانی ہے۔ ہر سوال پر جداگانہ غور کرنا چاہیے۔

سن کا استنباط ہڈیوں کے بر باوں سے اور دانتوں کی حالت سے اور ان دوسری نشانیوں سے کیا جاتا ہے جو پیشتر جدول کی صورت میں بتائی جا چکی ہیں قد و قامت کا اندازہ صرف تقریبی طور سے لگایا جا سکتا ہے بالخصوص جب کہ ڈھانچہ مکمل ہی نہ ہو۔ ڈھانچہ کے متعلق صنف کے مسئلہ پر غور کرنا باقی رہ گیا ہے۔

کالبد کی صنفی خصوصیات

عورت کا ڈھانچہ مرد کے ڈھانچے کی نسبت چھوٹا اور زیادہ ہلکی بناوٹ کا ہوتا ہے۔ انفرادی ہڈیاں مرد کی متناظر ہڈیوں سے کم وزندار ہوتی ہیں۔ مرد اور عورت کی ہڈیوں کے درمیان سب سے بڑے اختلافات کیا ہیں۔ اس کے متعلق ذیل کا بیان میکالسٹر (Macalister) کی کتاب "تشریح انسانی" سے لیا گیا ہے۔

مرد کا جمجمہ عورت کے جمجمہ کی بہ نسبت زیادہ بڑا، زیادہ بھاری اور زیادہ پُرخمیدہ ہوتا ہے۔ اس کے حلمی زائدے، قذالی حدب (occipital protuberance)، وجنتی (zygomatic) اور فوق الحدبی (superciliary) حیود زیادہ ابھرے ہوتے ہیں اور حجم وسیع تر ہوتا ہے (۱۰ : ۱۱ کی نسبت سے)، خاص کر جبہی (frontal) اور قذالی (occipital) جھلّوں میں۔ عورت کا جمجمہ ناپختگی کا منظر اور دیگر خصوصیات مثلاً صدغ

(parietal tubera) حدبوں جداری ہونا متجاوز سے طول (frontal) جبہی طول کا (temporal)
کا ابھرا ہوا ہونا اور ساتھ ہی ساتھ قاعدے کا تنگ ہونا، یہ سب برقرار رکھتا ہے۔
منقطب (glabella) سے لیکر (جو کہ فوق الہدبی (superciliary) محرابوں سے نیچے اور انکے درمیان
ایک ہموار مقام ہے) قذال کے سب سے زیادہ اُبھرے ہوئے نقطے تک اوسط طول اعظم
مرد میں ۱۹۶۷ سنٹی میٹر اور عورت میں ۱۸٫۳ سینٹی میٹر ہے۔ جمجمے کا حجم (یہ اس طرح تحقیق کیا جاتا
ہے کہ جمجمہ کے تمام سوراخوں کو روئی سے بند کر دیا جاتا ہے پھر سوراخ اعظم (fora-
men magnum) کی راہ سے اس میں نمبر ۸ کے چھرے بھر دیے جاتے ہیں اور
ان چھروں کو ناپ لیا جاتا ہے)۔ یہ حجم اوسطاً ایک یورپین مرد میں ۷۵۰ امکعب سینٹی میٹر اور
ایک یورپین عورت میں ۱۳۷۸ امکعب سینٹی میٹر ہوتا ہے۔ عورت کے زیرین جبڑے کی ٹھڈی بہ نسبت
مرد کے کم ابھری ہوئی ہوتی ہے اور اس کا اکلیلی (coronoid) زائدہ کمزور تر اور کوتاہ تر
ہوتا ہے اور فرع اور جسم کے اتصال سے جو زاویہ بنتا ہے وہ کلاں تر ہوتا ہے عورتوں
کا سینہ کوتاہ تر اور کشادہ تر ہوتا ہے بشرطیکہ سینہ بندوں (stays) کی وجہ سے بگڑ نہ گیا ہو۔
انکی پسلیاں زیادہ ترچھی ہوتی ہیں۔ مرد کی بارھویں پسلی طول میں اوسطاً ۱۰۳ ملی میٹر
اور عورت کی ۸۰٫۳ ہوتی ہے۔ مرد کا میان قص (mesosternum) طول میں پیش قص
(presternum) کے طول سے دو چند سے بھی زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ لیکن عورت کا کم
بڑا ہوتا ہے۔ عورت میں عمود فقری کا قطنی منحنی (lumbar curve) طویل تر ہوتا ہے۔ اور
اس کا قطنی عجزی (lumbo-sacral) زاویہ مرد کی بہ نسبت بڑا ہوتا ہے۔ مرد کا طبعی عجز
(sacrum) ۱۰۵ ملی میٹر اونچا اور تقریباً ۱۰۷ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے اور عورت
کا ۱۰۱ اونچا اور ۱۱۸ چوڑا ہوتا ہے۔ ان تعلقات کو یہ عجزی اشاریہ (sacral
index) دکھاتا ہے عرض × ۱۰۰ / بلندی۔ ایسے عجزات جیسے کہ یورپینوں کے ہوتے ہیں جن میں
یہ اشاریہ (index) ۱۰۰ سے متجاوز ہوتا ہے۔ عریض العجز (platyhieric)
کہلاتے ہیں اور جو عجزات ۱۰۰ سے نیچے ہوتے ہیں وہ طویل العجز (doli-
chohieric) کہلاتے ہیں۔ یہ صورت بہت سی کالی نسلوں میں پائی جاتی ہے۔ برطانوی مردوں
کا عجزی اشاریہ تقریباً ۱۱۲ ہوتا ہے اور عورتوں کا ۱۱۶ عجز عام طور پر عریض العجز (platy
hieric) ہوتی ہیں۔

68

*

FORENSIC MEDICINE AND TOXICOLOGY
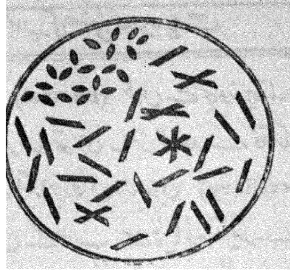
Fig. 6.—Hæmin crystals.
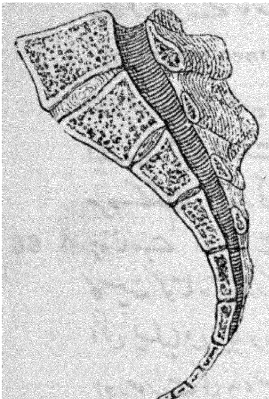
Fig. 7.—Male sacrum.
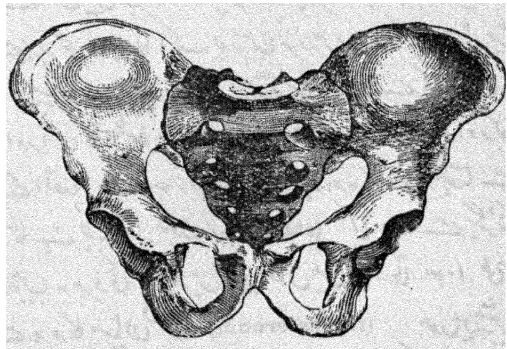
Fig. 9.—Male pelvis (from Macalister's *Anatomy*).
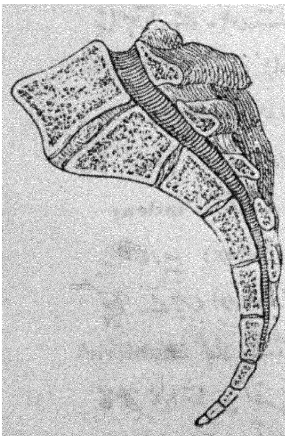
Fig. 8.—Female sacrum.
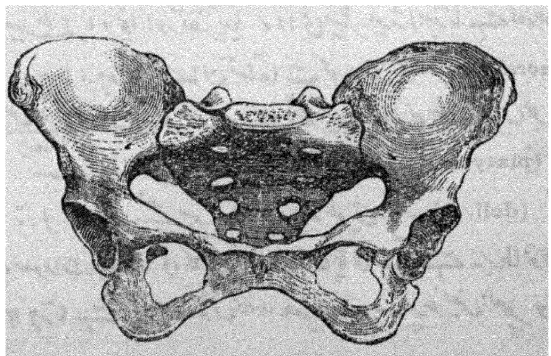
Fig. 10.—Female pelvis (from Macalister's *Anatomy*).

وارڈ[ف] (Ward) نے مرد اور عورت کے عجز کے منحنی کے جدا جدا امتیازی خصائص حسب ذیل دیے ہیں عورت کے عجز کا منحنی بیشتر ہڈی کے زیرین نصف میں ہوتا ہے اور بالائی نصف تقریباً مستقیم ہوتا ہے۔ مرد کا عجز اوسطاً عورت کی بہ نسبت زیادہ منحنی ہوتا ہے اور اُس کا انحناء تمام طول میں یکساں طور سے پھیلا ہوتا ہے۔ بہت سی مثالوں میں مرد کا عجز عورت کے عجز کی شکل کے قریب قریب پہنچتا ہے۔ لیکن عورت کا عجز شاذ ہی وہ اوصاف پیش کرتا ہے جو مرد سے خاص ہیں بدیں وجہ مرد میں موضوع میں عجز کا مستقیم پایا جانا اس سے زیادہ عام ہے کہ عورت میں منحنی عجز پایا جائے۔

دونوں صنفوں میں حوض ڈھانچے کا ایک ممتاز ترین حصہ ہوتا ہے۔ مرد کا حوض زیادہ گہرا یا زیادہ ناہموار ہوتا ہے اور حرقفی حفرات اور ارتفاق (sympsis) زیادہ گہرے اور عانی زاویہ زیادہ چھوٹا ہوتا ہے یسادسوراخ (obturator foramen) اتصابی طور پر بیضوی اور ورکی حدبے (tubera ischii) اندر کو مڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ عورت کا حوض کم گہرا اور زیادہ چوڑا اور زیادہ ہموار ہوتا ہے اور اسکی عانی محراب کشادہ تر اور ارتفاق (symphsis) کم گہرا ہوتا ہے اور ورکی ہڈیاں باہر کو پلٹی ہوئی اور یسادسوراخ (obturator foramen) مثلث ہوتا ہے۔ یہ صنفی خصائص سب کے سب بوقت ولادت دکھائی دے سکتے ہیں۔ عجزی طنف (sacral promonotory) سے لیکر ارتفاق عانہ کے بالائی کنارے تک گگر کا سہمی قطر مرد میں ۱۰۰ ملی میٹر اور عورت میں ۱۱۴ ملی میٹر ہوتا ہے اور معترض قطر مرد میں ۱۲۶ اور عورت میں ۱۳۵ ہوتا ہے اور مورب قطر عجزی حرقفی مفصل سے لیکر حرقفی عانی فراز تک مرد میں ۱۱۰ اور عورت میں ۱۲۶ ہوتا ہے۔ عانی گگر کا اشاریہ $\frac{\text{سہمی} \times 100}{\text{عرضی قطر}}$ مختلف نسلوں میں مختلف ہوتا ہے۔ فخذیہ (femur) کی عنق کا زاویہ بالغ عورت میں مرد کی بہ نسبت کوتاہ تر ہوتا ہے یعنی اوسطاً ۱۱۸ درجہ اور مرد میں ۱۲۵ ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ ڈھانچے پر اُس تشدد کے جو اس پر زندگی میں کیا گیا ہو۔ آثار پائے جائیں جو جسم کے بعض راست اسلحہ آتشین کا نتیجہ ہوتے ہیں یہ بالعموم اس قدر واضح

ف Outlines of Human Osteology.

ہوتے ہیں کہ نظر انداز نہیں ہوسکتے ۔ اگر معائنہ نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ نظر سے کسور اور خاص کر قاعدہ کے کسور چھوٹ جائیں۔ اگر پھانسی یا گلا گھونٹنے سے واقع شدہ موت کے واقعات میں تشدد سے عنقی فقرات کو تضررات پہنچے ہوں تو ان کی تلاش کرنی چاہیئے اور بینر لسپلیو کے کسور کی بھی تلاش کرنی چاہیئے ۔ اگر یہ تضررات موت سے فوراً قبل پیدا کیئے گئے ہوں تو اندمال کی کوشش کا کوئی ثبوت موجود نہ ہوگا۔ دشبذ (callus) کی موجودگی اس امر کی دلیل ہے کہ تضرر لگنے اور موت واقع ہونے کے درمیان ایک وقفہ گزر چکا ہے ۔ دیرینہ کسور کے آثار تلاش کرنے چاہئیں۔ لونگ سٹون (Livingstone) سیاح افریقہ کی ہڈیاں فدائیہ (humerus) کے ایک دیرینہ غیر ملتئم کسر کی وجہ سے شناخت کی گئیں جسکی موجودگی کی اس کے دوستوں کو خبر تھی

69 شناخت میں طبی شہادت کی کیا قیمت ہے حکومت بنام کرپن (Crippen) کا مقدمہ (سنٹرل کورٹ ۱۹۱۰ء) اس کی ایک موثر مثال بہم پہنچاتا ہے ۔ قیدی پر الزام یہ تھا کہ اس نے اپنی بیوی کو ہائیوسین (hyoscine) کھلا کر ہلاک کر دیا ہے۔ چند انسانی باقیات جو اندرونی اعضا اور جلد و عضلات کے اجزا پر مشتمل تھے لیکن جن میں سر کوئی ہڈی یا کوئی صنفی عضو نہ تھا اس مکان کے تہ خانہ کے فرش کے نیچے کہ جس میں قیدی رہتا تھا، مدفون پائے گئے ۔ ان باقیات میں جلد کا ایک ٹکڑا تھا جس کے ہمراہ اس جلد کے نیچے کے عضلات بھی تھے اور جس کا ماپ ۶×۷ انچ تھا ۔ استغاثہ کی جانب کے طبی گواہوں نے یہ رائے ظاہر کی کہ یہ ٹکڑا شکم کی مقدمی دیوار کے زیریں حصہ سے ماخوذ ہے اور ان کا یہ یقین جس شے پر مبنی تھا وہ وتر عریض کی موجودگی اور عضلی ریشوں کی ترتیب تھی ۔ ایک کنارے پر بالوں کی واحد افقی قطار تھی ۔ جن کو انہوں نے موئے زہار تصور کیا اور ان کی افقی نوعیت اس نظریہ سے مطابقت کرتی تھی کہ جلد کسی عورت کے بدن سے ماخوذ ہے۔ مقابل کے کنارے کی جانب اور بالوں کی قطار سے قائم الزاویہ پر کوئی چار انچ لمبا ایک نشان تھا جو خوردبینی امتحان پر لیفی بافت سے بنا ہوا پایا گیا۔ مگر اس میں دہنی غدود کا نشائبہ تک نہ تھا ۔ ان کا یقین تھا کہ یہ کوئی دیرینہ ندبہ ہے جیسا کہ کسی شکمی عملیے کے بعد بن جاتا ہے۔ اب یہ ایک معلوم

امر تھا کہ چند سال قبل اس مفقود الخبر عورت پر ایک شکلی عملیہ ہوا تھا۔ صنف کی مزید شہادت اس سے بہم پہنچی کہ باقیات میں دو ہائینڈ (Hinde) کے گھونگر ڈالنے والے آلات موجود پائے گئے جن کے ساتھ ۸ انچ لمبے بال چپکے ہوئے تھے۔ ان بالوں میں اس امر کا بین ثبوت پایا جاتا تھا کہ ان کو خضاب لگایا گیا ہے، کیونکہ قریبی حصہ کا رنگ بعیدی حصہ سے مختلف تھا۔ شہادت میں یہ مذکور تھا کہ یہ بال قیدی کی بیوی کے بالوں سے مشابہ ہیں اور نیز یہ کہ وہ بالوں کو خضاب لگایا کرتی تھی۔

صفائی کی طرف سے پہلے تو یہ رائے ظاہر کی گئی کہ جلد کا ٹکڑا سینہ یا سرینوں سے ماخوذ ہے اور بال بغلوں یا مبرز کے ہیں۔ لیکن آخر کار یہ تسلیم کیا گیا کہ اس کی تشریحی ساخت دیوار شکم کی تشریحی ساخت کے متناظر ہے۔ ازیں کے متعلق اس امر پر زور دیا گیا کہ یہ جلد میں شکن پڑنے سے پیدا ہو گیا ہے اور یہ تسلیم کرنے سے انکار کیا گیا کہ یہ ندبہ ہے، کیونکہ اس میں شعری جراب اور دہنی غدود نہ تھے۔ مستغیث نے یہ تسلیم نہیں کیا کہ وہ متناظر جو خرد بین کے نیچے دکھائی دیتے تھے بیان کردہ ساختوں ہی کے ہیں۔ بہرحال منفرد جرابوں یا غدود کے وجود کی توجیہہ اس طرح بھی ہو سکتی تھی کہ جلد کے باریک اجزا ندبی بافت کے اندر پھنس کر رہ گئے ہیں۔ ان واقعات کی بنا پر جیوری نے تشخص کو ثابت شدہ قرار دیا۔ یہ بھی ثابت ہو گیا کہ قیدی نے ہایوسین خریدی تھی اور اس کو قصور وار ٹھیرایا گیا (ہایوسین کے تسمم کے زیر عنوان بھی دیکھو)۔

۷۰

باب ۱۱

وہ موضوعات جو صنفی تعلقات سے واسطہ رکھتے ہیں

صنفی غیر طبعی حالتیں

صنف کا موضوع ایسا ہے جس سے طبی قانون داں اکثر دوچار ہوتا ہے

اس قسم کے مسائل یا تو نو زائیدہ بچوں کے ضمن میں اٹھتے ہیں، مثلاً کوئی عورت ایک بچہ جنتی ہے اور اس کی صنف کے متعلق شبہ ہوتا ہے اور اگر وہ لڑکا ثابت ہو جائے تو جائداد کا وارث بنتا ہے۔ اس سے بعد کی زندگی میں نامردی، زنا بالجبر، دخول اور مماثل امور کے ضمن میں صنفی نمو یا قابلیت پر غور کرنا پڑتا ہے۔

کسی بچہ کے ایک جائداد کا وارث بن سکنے کے لئے یہ شرط مقرر کر دی گئی ہے کہ وہ انسان کی شکل کا ہو لیکن اگر جائداد کو مرد وارثوں تک محدود کر دیا گیا ہو تو صنف کا مسئلہ اس پر مستزاد ہو جاتا ہے اس امر کی کہ کس حد کے بعد بدصورتی اس قدر وافر ہو جاتی ہے کہ اس کا مالک انسان کہلانے کے استحقاق سے محروم ہو جاتا ہے، تعیین کرنی ناممکن ہے سخوطات کے مختلف انواع کے درمیان جو زندہ پیدا ہوتے ہیں اس قدر اختلاف پایا جاتا ہے کہ خواہ وہ از روئے سائنس جماعت بندی کی صلاحیت ہی رکھتے ہوں تاہم ہر مثال پر جدا جدا غور کرنا لازمی ہے۔ قانون اس سوال کو کھلا چھوڑ دیتا ہے، اور شکل انسانی کا عدم پیدا کرنے کے لئے طبعی حالت سے کس قدر انحراف کی ضرورت ہے اس امر کی تعیین نہیں کرتا ان حالات میں خیالی تفریق کی کوشش لاحاصل ہے۔ ماہر زیادہ سے زیادہ یہی کر سکتا ہے کہ بچے کا نہایت محتاط تفصیلی معائنہ کرے اور جو کچھ پائے، عدالت کو اس سے مطلع کرے جملہ معترضہ کے طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ رائے عامہ کے برخلاف کسی غیر طبعی طور پر متشکل جنین یا سخوط کی موت کا اسراع کرنا جرم ہے خواہ وہ دیر تک زندہ رہنے کے بداہتہً ناقابل ہی کیوں نہ ہو۔

شیر خوار میں بھی صنفی مسئلہ کا حل بعض اوقات اتنا ہی دشوار ہوتا ہے۔ لیکن یہاں اعضاء صنفی کی شکلیات تاویل میں رہبری کرتی ہے۔ زندہ شیر خوار میں صرف بیرونی صنفی اعضا ہی امتحان کے لئے میسر آ سکتے ہیں غیر طبعی مناظر کی تاویل کو آسان کرنے کے لئے نمو کے اس دور کی صورت حالات پر جب کہ صنفیں متفرق ہوتی ہیں ایک نظر ڈالی جائے تو مفید ہوگا۔ ساتھ کی دو تصویریں اس مرحلہ میں مردانہ اور زنانہ بیرونی اعضا کی صورت ظاہر کرتی ہیں۔

تصویر ۱۱ میں تناسلی دانہ (C) سے بظر (clitoris) بنتا ہے ۔ اور تناسلی شکنوں (L) سے شفرتین صغیر بن جاتے ہیں ۔ اور موری کے شفرتین (cloacal lips) کے جلدی شکن جب جدا رہ جاتے ہیں تو شفرتین کبیر (labia majora) بن جاتے ہیں ۔ بولی تناسلی (urogenital) جوف دہلیز کی حیثیت سے باقی رہ جاتا ہے ۔ تصویر ۱۱ میں تناسلی شکن متقارب ہو کر خط وسطانی میں متحد ہو گئے ہیں اور مبال کو قضیب کے حشفہ (P) تک بند کر دیا ہے ۔ موری (cloaca) کے جلدی شکن جو عورت میں جدا رہ کر شفرتین کبیر بن جاتے ہیں وہ باہم متحد ہو جاتے ہیں اور ان کے التیام سے صفن بنتا ہے (S) ۔ اگر تناسلی شکن ملتئم نہ ہوں تو سیون (R) کے مقام پر مبال کھلا رہ جاتا ہے اور وہ حالت پیدا کرتا ہے جو کہ تحت مبالیت (hypospadias) کہلاتی ہے ۔

عورت کے مکمل طور سے نمو یافتہ تناسلی اعضا میں جو حالت پائی جاتی ہے وہ وہی ہوتی ہے جو تفرق صنف سے قبل موجود ہوتی ہے ۔ مذکر اعضا بننے کے لئے ایک نئی سمت میں مزید بالیدگی اور نمو کی ضرورت ہوتی ہے ۔ جس کے دوران میں اکثر ایسے حالات پیدا ہوتے ہیں جو صنفی ابہام کا موجب ہوتے ہیں ۔ یہ تصور کرنا آسان ہے کہ تحت مبالیت (hypospadias) اس قدر وسیع بھی ہو سکتا ہے کہ مذکر اعضا غیر طبعی طور پر متشکل شدہ مونث اعضا کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں ۔ اگر خصیے اترے ہوئے نہ ہوں اور فوطہ مشقوق ہو تو جو صورت اس سے پیدا ہوتی ہے وہ تفرق سے قبل کی حالت سے مشابہ ہوتی ہے ۔ اس حالت میں یہ آسان امر نہیں کہ محض بیرونی معائنہ ہی سے صنف کا تعین کر لیا جائے ۔ اگر ایک یا دونوں خصیے پائے جا سکیں اور شناخت کئے جا سکیں تو اس سے صنف متعین ہو جاتی ہے یعنی یہ کہ یہ مرد ہی ہے ۔ مبیض (ovary) کی دریافت بھی مونث صنف کی اتنی ہی متخص ہے ۔ اگر کسی غدی عضو تک رسائی ہو سکے تو مس کے ذریعہ اس کا بغور امتحان کرو ۔ جتنا یہ عضو زیادہ سخت ہوگا اتنا ہی اس کے مبیض (ovary) ہونے کا زیادہ امکان ہے ۔ بکرہ مبیض زیادہ تر لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے، اس لئے یہ سخت ہوتا ہے، یعنی خصیے سے زیادہ سخت ۔ بالغ اگر مرد

71

ہو تو اس غدی عضو کے دبانے سے ضعف اور غش کی وہ عجیب کیفیت پیدا ہوتی ہے جس کا خصیوں کے دبانے سے احساس ہوتا ہے قضیب کا نمائندہ ممکن ہے سوراخدار ہو ممکن ہے نہ ہو۔ اور قلفہ (prepuce) یا تو آزاد ہوتا ہے یا تناسلی شکنوں یعنی شفر تین صغیر کیساتھ مسلسل ہوتا ہے اور موخرالذکر دونوں حالتیں مونث صنف کی موجودگی پر دلالت کرتی ہیں۔ اگر مبال کے فم کے نیچے اور معار کے آگے تہ انبان (cul-de-sac) کا فتحہ موجود ہو تو غالباً یہ ملریائی (Mullerian) قنات یا مہبل کی نمائندگی کرتا ہے۔ اور اس لئے مونث صنف پر دلالت کرتا ہے۔ لیکن ایسا ہی فتحہ خنثیت کی مذکر نوع میں بھی موجود ہو سکتا ہے۔ یہ قدامی کیسہ (vesicula prostatica) کا فتحہ ہوتا ہے۔ یہ اور رحم کا ہم ترکیب ہوتا ہے۔ فوق مبالیت (epispadias) یہ ہے کہ قضیب کے ظہری رخ پر ایک فتحہ موجود ہوتا ہے جس کے ہمراہ اکثر اوقات بیرونی اعضاء تناسلی کا عمومی نشو بھی ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ مثانہ کی بیروں گردیدگی (extroversion) بھی پائی جائے۔

بلوغ کے بعد آلات تناسلی کی وظیفی فعالیت کے ظہور سے بھی سراغ حاصل ہوتا ہے۔ اگر خون کے دوری اخراجات وقوع پذیر ہوتے ہوں تو یہ مونث صنف کی دلیل ہے منی کا اخراج مذکر صنف کی دلیل ہے۔ جسمانی بناوٹ کا بھی لحاظ کیا جا سکتا ہے۔ مثلاً بالوں کی بالیدگی جسم کا عام ڈیل ڈول، پستانوں کا نشو و نما، آواز کا سر-اخلاقی خصائص تشخیصی طور پر زیادہ قیمت نہیں رکھتے کیونکہ طویل تکرار سے فرد کے صنفی رجحانات اور عادات پر ایک زبردست اثر پڑتا ہے۔

بیرونی کے علاوہ اندرونی اعضاء میں بھی نموی تشوہات ملتے ہیں اس طرح کے بد شکل شدہ افراد اکثر اوقات خناث کہلاتے ہیں، لیکن ایسا کہنا صحیح نہیں ہے۔ یہ ایک قدیم وہم ہے کہ ایک ہی ذات میں صنفیں کا اجتماع ہو سکتا ہے۔ یہ وہم خود تولید کی مزعومہ قابلیت پر مبنی ہے۔ لیکن ان معنوں میں خنثیت کوئی وجود نہیں رکھتی۔ البتہ جہاں تک کسی شخص میں مذکر اور

مونث تناسلی اعضاء یا ان کے حصوں کے یکجا ہونے کا تعلق ہے، اس کی مثالوں کا اچھا خاصہ گروہ ملتا ہے۔ یہ دستور ہے کہ محض بیرونی اعضا کی بدساختگی کی مثالوں کو جو صنفی شخصیت کو کاذب یا مبہم بنا دیتی ہیں چھوٹی یا کاذب خنثیت کی مثالیں کہا جاتا ہے اور ایسی مثالیں بیشتر بیان کی جا چکی ہیں۔ صادق خنثیت جس میں ایک طرف بیض اور دوسری طرف، خصیہ ہو، یا بیض اور خصیہ مجتمع ہوں غایت درجہ شاذ ہے۔ بلیربل[1] (Blair Bell) نے ایک ایسی مثال کو تفصیلاً بیان کیا ہے۔ اس میں موہوم سرطان کی وجہ سے تناسلی غدود نکال لئے گئے جن میں ایک بیض اور دوسرا بیضی خصیہ تھا۔ مریض کی ہلکی سی مونچھیں تھیں۔ اس کے جسم پر بالوں کی ترتیب مردانہ تھی اور دو انچ لمبا بظر (clitoris) تھا۔

مندرجہ ذیل مثالیں مختلف اقسام کی خنثیت کی ہیں۔ شمورل[2] (Schmorl) جانبی اور عرضی خنثیت کی ایک مثال بیان کرتا ہے کہ جس میں بیرونی اعضاء مردانہ شکل سے ایک عمومی مشابہت رکھتے تھے یعنی قضیب خوب نمو یافتہ لیکن غیر سوراخدار تھا، صفن منشقوق تھا اور اس کے دائیں نصف میں ایک عضو تھا جس کی ساخت خصیہ کی سی تھی۔ بایاں نصف خالی تھا۔ اندرونی اعضا مونث نوعیت کے تھے یعنی ایک مہبل تھا جو باہر کی جانب کو نہ کھلتا تھا۔ اور ایک رحم تھا جس کے ہمراہ فالوپی انبوبیں (Fallopian tubes) اور عنق اور بائیں جانب ایک بیض تھا۔ ہچنسن[3] (Hutchinson) خود نے ایک پوری میعاد کے جنین کے جسم کی جو عرضی خنثیت کا موضوع تھا تقطیع کی۔ قضیب خوب متشکل تھا گو کہ اس میں خفیف سی تحت مبالیت (hypospadias) بھی تھی۔ صفن کی سیون نہایت خوبی سے نمایاں تھی۔ بصلہ (bulb) اور غدہ قدامیہ (prostate) انتہائی خوبی کے ساتھ نمو یافتہ تھے اور موخر الذکر میں مہبل آکر کھلتا تھا جس کے اوپر رحم، بیض اور فالوپی انبوبیں

72

---

[1] Trans. Roy. Soc. Med., 1915.

[2] Virchow's Arch., 1888.

[3] The Lancet, 1885.

تھیں جو کامل طور سے متشکل تھیں ہیپنر[1] (Heppner) نے ایک دو ماہ کے بچہ کے جسم کا معائنہ کیا جو انتصابی خنثیت کی مثال پیش کرتا تھا۔ بیرونی اعضا مذکر نوعیت کے تھے اور قضیب بیں جس کے ہمراہ حشفہ اور قلفہ بھی تھے تحت مبالیت تھی ایک خالی صفن معہ سیون کے موجود تھا۔ ایک قدامی غدہ تھا لیکن عروق خارجہ (vasa efferentia) یا کیسک منوی (vesicula seminalis) موجود نہ تھے۔ ایک مہبل تھا نیز ایک رحم تھا جس کی عنقی قنات میں حیاتی تشجر (arbor vitæ) تھا دونوں جانب مدور اور عریض روابط (round & broad ligaments) تھے جن کے ہمراہ مبیض اور فالوپی انبوبیں خوب متشکل موجود تھیں۔ ہر ایک مبیض کے نیچے ایک خصیہ تھا اور ہر خصیہ کے نزدیک ایک عضو تھا جو جار المبیض (parovarium) سے مشابہ تھا۔ سیچرالی[2] (Cechherelli) نے انتصابی خنثیت کی ایک زندہ مثال بیان کی ہے۔ موضوع کی عمر ۱۴ سال تھی۔ اس کے پستان خوب متشکل تھے۔ قضیب میں تحت مبالیت تھی صفن مشقوق تھا لیکن اس کے اندر ایک ہی خصیہ تھا۔ مشقوق فوطے کے شکنوں یا شفرین کے مابین رحم کی عنق محسوس ہو سکتی تھی یونث اعضا مکمل معلوم ہوتے تھے بارہویں سال سے حیض باقاعدگی سے آرہا تھا اور اس فرد نے عورت کی حیثیت سے مجامعت بھی کی تھی۔ قضیب کے فتحہ سے جو منی خارج ہوئی اس کے نمونہ کا ورچو (Virchow) نے امتحان کیا تو اس میں حیوانات منی پائے گئے۔

مذکر اعضا کی غیر طبعی حالتیں۔ وہ افراد جن کے صفن میں صرف ایک ہی خصیہ ہوتا ہے وحید الخصیہ (monorchid) کے نام سے معروف ہیں۔ اور یہ حالت خواہ غیر مکمل نمو کا نتیجہ ہو خواہ عملیتی مداخلت کا، تولید میں مانع نہیں ہوتی۔ دونوں خصیوں کا عدم نزول ضرور نہیں کہ فرد کو قوت تولید سے محروم کر دے۔ اگرچہ غالب ہے کہ اس سے مزاحمت پیدا ہو اور ممکن ہے کہ یہ قطعی طور پر مانع ثابت ہو۔ اس حالت غیر طبعی کے موضوع خفی الخصیتین (cryptorchid) کہلاتے ہیں اور جو افراد اس نقص میں مبتلا ہوتے ہیں ان کے متعدد بعد الموت امتحانوں سے

---

[1] Du Bois-Reymond's Arch., 1870.

[2] Lo Sperimentale 1874.

ثابت ہو چکا ہے کہ انکے منوی سیال میں حیوانات منی موجود نہیں ہوتے۔ لیکن کئی ایسی زندہ مثالیں قلمبند کی جا چکی ہیں کہ جن میں قوت تولید باقی رہی ہے۔ لہٰذا مثبت شہادت کا پلہ منفی شہادت کی بہ نسبت زیادہ بھاری ہے۔ دونوں خصیوں کے عدم وجود سے کم از کم ان کے علیحدہ ہونے کے بعد کچھ دیر تک باروری کی قابلیت بالکل برباد نہیں ہوتی لیکن اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ یا تو علیحدگی نامکمل ہوتی ہے یا منوی سیال کا افراز کرنے والے اعضا کے علیحدہ ہونے کے بعد منوی سیال کا خزانہ باقی رہتا ہے۔

قضیب کی عدم موجودگی یا کل بیرونی تناسلی اعضا کی عدم موجودگی کا سبب یا تو ناقص نمو ہوتا ہے یا ضرر یا مرض ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں قضیب تمام لمبائی میں صفن کے ساتھ منضم ہوتا ہے۔ اگر عضو بذات خود پورے طور پر تشکل ہو تو اس غیر طبعی حالت کا علاج جراحتی عملیے سے ہو سکتا ہے۔

مونث بیرونی اعضا بھی مفقود ہو سکتے ہیں اور ان کے ساتھ ممکن ہے کہ اندرونی اعضا کا فقدان بھی ہو یا نہ ہو بعض اوقات فرج طبعی منظر پیش کرتی ہے لیکن مہبل موجود نہیں ہوتی ممکن ہے کہ مہبل خلقی طور پر ہی مفقود ہو یا التہابی اعمال کے باعث مسدود ہو گئی ہو جو اکثر اوقات بچپن کے مرض ڈفتھیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جراحتی کارروائی صرف اسی صورت میں کی جا سکتی ہے کہ وہ ساختیں جو مہبل کی نمائندہ ہیں موجود ہوں ممکن ہے بیرونی اعضا مکمل ہوں اور مبیض اور رحم میں سے ایک یا بیض اور رحم دونوں مفقود ہوں ممکن ہے کہ مہبل میں قضیب کو قبول کرنے کیلئے کافی گنجائش نہ ہو عموماً مناسب علاج سے اس کیفیت کا ازالہ ہو سکتا ہے۔

الم المہبل (vaginismus) نام کی کیفیت خاصکر جب کہ اس کے ساتھ شدت کا ہسٹریا (hysteria) ہو صنفی مجامعت میں اتنے ہی موثر طور پر مانع آ سکتی ہے، جتنا کہ مہبل کی ساختی بے انتظامی۔ ایک بڑا فتق دونوں صنفوں میں مجامعت میں رکاوٹ پیدا کر سکتا ہے۔

عنانت اور عقم

78

عنانت سے مجامعت کی ناقابلیت اور **عقم** سے اولاد پیدا کرنے کی ناقابلیت مراد ہے پہلی اصطلاح عموماً مذکر صنف کے متعلق اور دوسری مونث صنف کے متعلق استعمال کی جاتی ہے لیکن ان کو علی الترتیب دونوں صنفوں کے متعلق بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ مرد بھی اسی طرح عقیم ہوسکتا ہے کہ جسطرح عورت اور عورت بھی اسی طرح عنین ہوسکتی ہے کہ جس طرح مرد بعد اولاً پیدا کرنے کے اسطرح ناقابل ہوسکتا ہے کہ یا عنین ہو یا باوجود مجامعت پر قادر ہونیکے اس کی منی میں کل پیدا کرنے والے عناصر مفقود ہوں۔ عورت عقیم اس طرح ہوسکتی ہے کہ یا تو اس کے بیرونی تناسلی اعضا معدوم ہوں جس سے وہ مجامعت کے ناقابل ہوجائے یا ان کے ہوتے ہوئے مبیض یا رحم موجود نہ ہو۔ موخر الذکر حالت میں عورت عقیم ہوگی عنین نہ ہوگی۔ اس موضوع پر دونوں صنفوں کے متعلق علٰحدہ علیحدہ بحث کرنے کی ضرورت ہے اور بنظر سہولت عنانت اور عقم پر ایک جگہ غور کیا جاسکتا ہے۔ طبی قانونی مذاولت میں عنانت اور عقم کا مبحث، طلاق، صحیح النسبی اور مجرمانہ حملہ کے واقعات کے ضمن میں درپیش ہوتا ہے۔

مردوں کے صنفی نقائص

مرد میں عنانت اور عقم کا باعث یا تو عضوی نقص ہوسکتا ہے یا اگر اعضا تشریحاً کامل ہوں تو تفاعلی اختلال۔ سن۔ تشوہ۔ اور فنی اسباب اپنی اپنی جگہ علتی عوامل ہوسکتے ہیں۔

سن۔ زندگی کی دونوں انتہائیں فرد کو صنفی مجامعت کے ناقابل بنادیتی

ہیں لیکن ایسا کب واقع ہوتا ہے، اس کی حد صحیح صحیح مقرر نہیں کی جا سکتی۔
انتہائی نوعمری سن بلوغ میں جو بالعموم پندرھویں یا سولہویں سال کے لگ بھگ ہوتا ہے صنفی قوی مجامعت کی قابلیت ظاہر کرنا شروع کرتے ہیں۔ یہ تولیدی قابلیت کا پیش رو ہوتی ہے۔ اس لحاظ سے بہت اختلاف پایا جاتا ہے ؎ سب سے ابتدائی عمر جس میں مرد میں قوت تولید کا موجود ہونا مندرج ہے، تیرہ سال ہے۔ اس عمر کے ایک لڑکے نے ایک نوجوان عورت کو حمل کر دیا تھا۔ متعدد واقعات ایسے مندرج ہیں کہ جن میں چودہ سال کی عمر کے لڑکے باپ بن گئے ہیں۔ بلوغت کوئی ایسا تغیر نہیں جو زندگی کے کسی مقررہ دور میں وقوع پذیر ہو۔ بلکہ اس کا جلد یا بدیر واقع ہونا موروثی اثر پر منحصر ہے اور نیز ان حالات پر جو فرد کا طبیعی اور اخلاقی ماحول بناتے ہیں۔ کسی مزعومہ صنفی قابلیت کی مثال (case) کا امتحان کرتے وقت طبیب کو اس قدر فرد کی عمر کا لحاظ نہیں کرنا چاہیئے، جتنا کہ اس کے طبیعی اور اخلاقی نمو کا۔ پندرہ سولہ سال کے ایسے لڑکے بھی ہوتے ہیں جو صنفی اعتبار سے محض بچہ ہوتے ہیں۔ لیکن بعض لڑکے اس سے بھی ابتدائی عمر پر بالغوں کی قوتیں اور جبلتیں رکھتے ہیں۔ عانہ پر بالوں کی موجودگی اور ایک نمو یافتہ قضیب کی موجودگی خواہ ان کیساتھ عنفوان شباب کی طرف اشارہ کرنے والے دیگر حالات مثلاً آواز کی سر اور جسمانی بناوٹ پائے جائیں یا نہ پائے جائیں، صنفی قابلیت کی قوی دلیل ہوتی ہے۔ پیرانہ سالی تولیدی قوت میں مانع نہیں آتی۔ یہ صحیح ہے کہ صنفی قابلیت عمر کی زیادتی کیساتھ ساتھ گھٹتی جاتی ہے اور اس لئے نوجوان مرد کی بہ نسبت ایک پیر مرد کے عورت کو حمل کرنے کا کمتر امکان ہے لیکن یہ بیان تو صرف ایک اغلب امکان کا ہے۔ لیکن طبی قانون داں کو صنفی قابلیت کے محض امکان کے متعلق گواہی دینی ہوتی ہے۔ ۷۰ اور ۸۰ سالہ آدمیوں بلکہ اس سے بھی زیادہ بوڑھے آدمیوں کے منوی سیال میں فعال تخمی تشکیلیں پائی گئی ہیں، اور بے شمار آدمیوں کی مثالیں موجود ہیں کہ جن کے ہاں اس عمر میں شادی کرنے کے بعد اولاد پیدا ہوئی۔ جب تک کہ منوی سیال میں فعال حیوانات منی موجود ہیں اس وقت تک حمل کرنے کا امکان تسلیم کرنا ضروری ہے۔ لہذا یہ کہا جا سکتا ہے کہ پیرانہ سالی تولیدی قوت کی امکانی بقا کی نقیض نہیں ہے۔

؎ Brit. Med. Journ. 1887

74

گاہے نفسی تاثرات صنفی جذبات کو بالکل دبا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک شخص اسی بنا پر ایک عورت کے ساتھ مجامعت کرنے کے قطعاً ناقابل ہو لیکن دوسری عورت کے ساتھ بخوبی قادر ہو۔ اگر تضلال زدہ (perverted) جذبہ ہو تو جس عورت کی نسبت یہ دل میں پایا جاتا ہے اس کے ساتھ مجامعت کرنے کا خیال ہی ذہن میں انتہائی کراہت کی کیفیت پیدا کر دیتا ہے۔

مرض سے پیدا شدہ کمزوری ممکن ہے کہ صنفی تفاعلوں کا عارضی یا مستقل ضیاع واقع کر دے۔ شدید قسم کے اکثر حاد امراض مثلاً تپ، ذات الریہ، واشالہم، عارضی ضیاع کا باعث ہوتے ہیں۔ مزمن امراض میں ذیابیطس صنفی توانائی کو زائل کر دیتا ہے۔ نظامِ عصبی کے امراض صنفی تفاعلوں کو مختل کرنے کا خاص رجحان رکھتے ہیں۔ ہزال نخاع (tabes) پہلے قابلیت بڑھاتا ہے، بعد میں اسے زائل کر دیتا ہے۔ مزمن التہاب نخاع (myelitis) میں صنفی قوت عام طور پر ابتدائی دور ہی میں گھٹ جاتی ہے اور سرعت سے کم ہوتی ہوتی بالآخر معدوم ہو جاتی ہے۔ راس (Ross) بیان کرتا ہے کہ ناتمام یا فالج (paraplegia) میں کچھ وقت تک صنفی قوت مصئون رہتی ہے۔ کثیر التعداد تسممی کیفیات میں جو التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) پیدا کرتی ہیں قوت رجولیت کم و بیش گھٹ جاتی ہے اور بعض میں کامل نامردی پیدا ہو جاتی ہے۔ ہکاف (mumps) بعض اوقات ایک یا دونوں خصیوں کے انتقالی التہاب (metastatic inflammation) پر منتج ہوتا ہے جس سے ذبول پیدا ہو کر تولیدی قوت زائل ہو جاتی ہے۔

سر کی چوٹوں کے بعد عارضی اور حتیٰ کہ مستقل طور پر بھی قوت رجولیت ضایع ہو چکی ہے۔

مردانہ صنفی اعضا کی بدساختگیاں جو پچھلے باب میں بیان ہو چکی ہیں، اپنے درجہ اور ہیئت کے لحاظ سے نامردی اور عقم پیدا کرتی ہیں یا نامردی اور عقم نہیں پیدا کرتیں۔ سب سے پہلا غور طلب امر یہ ہے کہ کیا یہ حالت طبعی منوی بیان کے افراز کو روکتی ہے اور یہ کہ اگر نہیں روکتی تو کیا اس کے مہبل

میں پہنچنے میں کوئی قطعی میکانی رکاوٹ حائل ہے۔
نفت
دونوں خصیوں کا مکمل فقدان مرد کو عقیم بنا دیتا ہے۔ اگر کسی مرد سے اس وقت جبکہ وہ اپنی پوری فعالیت کی حالت میں ہو دونوں خصیئے دور کر دیے جائیں، ممکن ہے اس کے بعد ایک دو شتم مجامعتیں ہو بھی جائیں، لیکن بالآخر حمل کرنے کی قوت معدوم ہو جاتی ہے۔ مساذا (Massazza) نے جانوروں پر تجربہ کرتے ہوئے معلوم کیا کہ اخصاء سے تولیدی طاقت فی الفور زائل نہیں ہوتی خصیئے جدا کرنے کے ۹ دن بعد منوی قناتوں میں فعال حیوانات منی پائے گئے۔ یہ ضرور نہیں کہ خصیے دور کرنے سے آدمی نامرد ہو جائے لیکن اس سے تولیدی قوت سلب ہو جاتی ہے۔ تاریخ بیان کرتی ہے کہ استعماری روم کی خاتونیں اس حقیقت سے فائدہ اٹھانے اور خواجہ سراؤں کے ساتھ ناجائز طور سے لطف اندوز ہونے کی خوگر تھیں، کیونکہ اس فعل سے حمل ہونے کا خطرہ نہ ہوتا تھا۔ اس سے زیادہ قریبی زمانے میں اکثر اوقات خواجہ سراؤں کی وجہ سے جو کہ من حیث الجماعت بالکل ناپید نہیں ہیں بڑے چرچے ہوئے ہیں۔ اگر خصیے موجود ہوں لیکن وہ طبعی مقام پر نہ ہوں تو یہ حالت باروری میں کوئی قطعی رکاوٹ نہیں ڈالتی۔ یہ بھی معلوم ہے کہ خفی الخصیتین (cryptorchids) شخص بھی ثمر آور ہو سکتے ہیں۔

قضیب کی بدشکلیاں حمل کرنے میں میکانی رکاوٹ کا سب سے بڑا سبب ہیں۔ فوق مبالیت (epispadias) تقریباً ہمیشہ مرد کو عقیم بناتی ہے، کیونکہ اس حالت سے یہ تقریباً ناممکن ہو جاتا ہے کہ منوی سیال مہبل تک پہنچے۔ تحت مبالیت (hypospadias) بدساختگی کے درجہ اور محل وقوع کے لحاظ سے حمل کرنے میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے یا نہیں کرتی اگر قضیب اور صفن مشقوق ہوں یا محض قضیب ہی جڑ کے قریب کھلا ہوا ہو تو قدرتی ذرائع سے اس شکل کا رفع کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ منی کو مہبل میں مصنوعی طور پر منتقل کرنے پر حمل کا استقرار ہوا ہے۔ چونکہ منی کو مہبل میں دھکیلے بغیر اسکو محض فرج پر رکھ دینے سے

ﻟﻪ Riforma Medica, 1891.

حمل قرار پا سکتا ہے لہذا اس کے متعلق کہ اگر مرد کے لئے حالات ناساز گار ہوں تو آیا حمل قرار پانے کا امکان ہے یا نہیں رائے ظاہر کرتے وقت بہت سکوت برتنے کی ضرورت ہے تحت مبالیت (hypospadias) کی مثالوں میں مثال کے ذاتی خصائص کی بنا پر رائے دی جاتی ہے۔ یہ بدساختگی بجائے خود کوئی عین حالت نہیں ہے۔ اس لئے ممکن ہے اس سے مرد عقیم ہو یا نہ ہو۔ ایک اور رکاوٹ قضیب کا صفن کے ساتھ جڑا ہوا ہونا ہے، لیکن اس کی اہمیت اختلاف پذیر ہے۔ جو سوال کہ تحت مبالیت (hypospadias) میں پیدا ہوتا ہے وہی یہاں بھی ہوتا ہے۔ یعنی یہ کہ کیا بدساختگی اس نوعیت کی ہے کہ فرج میں ادخال منی کے امکان کے قطعاً مانع ہو۔ مرد میں نامردی اور عقم کی بحث کے سلسلہ میں ایک عجیب بے قاعدگی (anomaly) پائی جاتی ہے۔ قاعدہ تو یہ ہے کہ متقدم الذکر سے موخرالذکر لازم آتا ہے اور یہ کہ اس کا عکس نادرست ہے۔ لیکن اگر کوئی شخص حادثہ یا مرض کے باعث سارے کا سارا قضیب کھو بیٹھے لیکن اس کے خصیے باقی رہیں تو وہ بداہتہً نامرد ہو گا۔ اس سے بوجوہ متذکرہ صدر یہ لازم نہیں آتا کہ وہ شخص عقیم بھی ہے ایسے واقعات بھی پیش آئے ہیں جن میں ایک شخص جو اس طرح مقطوع القضیب ہو چکا تھا، حمل کرنے میں کامیاب ہوا۔

عورتوں کے صنفی نقائص

عورتوں میں بھی عنانت اور عقم عضوی نقص کا نتیجہ ہوتا ہے یا تفاعلی فساد کا۔

سن زنانہ صنف کا بلوغ اس ملک میں بالعموم ۱۴ اور ۱۵ کے درمیان ہوتا ہے۔ اس عمر میں جسمانی بناوٹ میں تغیر واقع ہوتا ہے۔ یعنی لڑکی زیادہ نسوانی ہو جاتی ہے۔ ایک نشان جس سے بلوغ کا آغاز پہچانا جاتا ہے، حیض کا آغاز ہے۔ جو بتاتا ہے کہ عورت زندگی کے اس دور کو پہنچ چکی ہے جب کہ تولید کی

قابلیت موجود ہوتی ہے۔ جس طرح مرد کی قوت رجولیت کے نمو میں ابطاء واسراع ہو سکتا ہے اسی طرح عورت میں بھی حیض جلد یا بدیر ظاہر ہو سکتا ہے۔ غیر طبعی طور پر عاجل حیض کی مثالیں بھی قلمبند کی جاتی ہیں۔ لیکن بچوں کے اعضا تناسلی سے خون کے ہر اخراج کو قبل از وقت حیض کی مثالیں تصور نہ کرنا چاہیے کیونکہ ان مثالوں میں اخراج دوری نہیں ہوتا۔ اور پستانوں اور بیرونی تناسلی اعضا میں بھی غیر طبعی طور پر عاجل نمو کے کوئی متناظر نشان موجود نہیں ہوتے۔ تاہم استثنائی طور پر بلوغ نہایت ہی ابتدائی عمر میں بھی شروع ہوتا ہے اور اس حالت کے حقیقی ہونے کا ثبوت استقرار حمل سے ہوتا ہے۔ سب سے ابتدائی عمر کی کہ جس میں اس ملک کے اندر استقرار حمل قلمبند کیا گیا ہے ڈاڈ[1] (Dodd) نے اطلاع دی ہے کہ ایک لڑکی کو بارہ ماہ کی عمر میں حیض آنا شروع ہوا۔ جب وہ ۸ سال اور ۱۰ ماہ کی تھی تو حاملہ ہو گئی اور اس نے ایک زندہ بچہ جنا جس کا وزن ۷ پونڈ تھا۔ الن[2] (Allen) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے کہ ایک لڑکی کو ۱۱ سال کی عمر میں حیض آنا شروع ہوا اور وہ ۱۳ سال ۲ ماہ کی عمر میں ایک خوبصورت تندرست بچہ جنی جس کا وزن ۹ پونڈ تھا۔ بچہ کا باپ صرف چودہ سال کی عمر کا تھا۔ ایک اور واقعہ کی ڈابسن[3] (Dobsin) نے اطلاع دی ہے کہ ایک لڑکی کو گیارہ سال کی عمر میں حیض آنا شروع ہوا اور جب وہ بارہ سال اور نو ماہ کی ہوئی تو حاملہ ہو گئی اور ۱۳ سال کی عمر میں اس نے ایک بچہ جنا۔ لفیور[4] (Lefebvre) نے ایک لڑکی کا واقعہ قلمبند کیا ہے جو پیدا ہونے پر کامل طور سے نمو یافتہ تھی اور موئے زہار بھی رکھتی تھی۔ چار سال کی عمر میں اس کو حیض آنے لگا اور ۸ سال کی عمر میں ایک ۲۷ سالہ مرد

---

[1] Lancet, 1881.

[2] Brit. Med. Journ., 1885.

[3] Brit. Med. Journ., 1884.

[4] Gaz. Hebdom., 1878.

سے حاملہ ہوگئی۔ یہ حمل ایک جنین کاذب (mole) کے اخراج پر مختتم ہوا۔ جس کے اندر ایک نہایت ہی تمیز انسانی مضغہ تھا۔ کرٹس[۱] (Curtis) ایک واقعہ قلمبند کرتا ہے اور تحقیق کرنے پر اس نے حالات کی تصدیق کی ہے کہ ایک لڑکی جبکہ اس کو دس سال کی عمر کی ہونے میں صرف ۲۴ دن باقی تھے ایک پندرہ سال کے لڑکے سے حاملہ ہوگئی۔ ۱۰ سال ۸ مہینے اور ۷ دن کی عمر میں اس نے ایک کامل المیعاد تندرست بچہ جنا۔ یہ واقعات اس امر کی مثال پیش کرتے ہیں کہ طبی قانون دان کو لازم ہے کہ بلوغ کی موجودگی یا عدم موجودگی دریافت کرتا ہو تو یہ اس فرد کے حاصل کردہ درجہ نمو سے دریافت کرنا چاہیئے، نہ کہ سن سے۔ پستانوں کی حالت، عانہ پر بالوں کی موجودگی یا فقدان اور بیرونی تناسلی اعضا کا عمومی ڈول، یہ ہیں وہ علامات جنکی بناء پر رائے قائم کرنی چاہیئے۔ 76

پیرانہ سالی۔ بخلاف مردوں کے عورتوں میں چند مستثنیات کے ساتھ تولیدی قابلیت کی مدت محدود ہوتی ہے۔ انقطاع الحیض بالعموم اس امر کی نشانی ہوتی ہے کہ باروری کا دور ختم ہوچکا ہے اوسط عمر جس میں حیض موقوف ہوجاتا ہے تقریباً ۴۷ سال ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حیض اس سے پہلے ہی منقطع ہوجائے یا ۵۰ سال تک اطالت پذیر ہوجائے۔ اس سے بھی تاخیر پذیر یعنی ۷۰ سال یا زیادہ مدت تک کے حیض کی استثنائی مثالیں درج ہیں لیکن یہ خیال رکھنا ضروری ہے کہ پیرانہ سالی میں مہبل سے جو تزفات واقع ہوتے ہیں، غیر طبعی طور پر عاجل حیض کی طرح، ان سب کو ماہواری تفاعل کی موجودگی کا ثبوت تسلیم نہیں کیا جاسکتا۔ رحمی سعدانہ (polypus) اور رحم کے خبیث امراض سے کم وبیش دوریت کے ساتھ و تنوع پذیر ہونے والا نزف پیدا کرسکتے ہیں۔ تاخیر پذیر حیض کا ایک نہایت ہی غیر معمولی واقعہ مارکس[۲] (Marx) نے درج کیا ہے۔ ایک ہشت وچہل سالہ عورت جس کو شادی ہوئے ۲۰ سال گزر چکے تھے کبھی حیض نہ آیا تھا۔ اس عمر میں اس کے التہاب مبیض کا ملحقہ

[۱] Boston Med. and Surg. Journ., 1868.

[۲] Przeglad lekarski., 1889.

بذریعہ خون کے دوری مقامی استخراجات کے کیا گیا۔ بعد ازاں اس کو ماہواری وقفوں سے حیض آنا شروع ہوا۔ جب اس کی روئداد شایع ہوئی تو اس کی عمر ۲۵ سال تھی اس کو باقاعدگی کے ساتھ حیض آتا رہا۔

عورتیں ۴۵ سال عمر کے بعد شاذ و نادر ہی بچے جنتی ہیں۔ لیکن گاہے گاہے اس قاعدے کی مستثنیات بھی ملتی ہیں اور نیز اس قاعدے کی بھی کہ تولیدی قوتیں انقطاع حیض کے بعد معدوم ہو جاتی ہیں۔ ڈیوس[1] (Davis) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس نے ۵۵ سال کی عمر میں بچہ جنا۔ عورت کا اصطباغی صداقت نامہ دیکھا گیا اور اس نے اپنی عمر جو بیان کی تھی اس کی توثیق کر لی گئی۔ انڈرہل[2] (Under-hill) نے ایک ایسی عورت کو ۴۹ سال کی عمر میں بچہ جنوایا جس کو دو سال سے حیض نہ آیا تھا۔ لوازیر[3] (Lavasseur) ایک پنجاہ سالہ عورت کا واقعہ درج کرتا ہے جس کا حیض دو سال سے بند ہو چکا تھا۔ اس نے ایک کامل المیعاد زندہ بچہ جنا۔ ڈی پاس[4] (Depasse) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کا حیض گذشتہ ۹ سال سے بند ہو چکا تھا اور جس کی ایک چہل سالہ شادی شدہ بیٹی بھی موجود تھی۔ ۵۹ سال کی عمر میں اس نے ایک تندرست بچہ جنا۔ پھر اس کو دودھ پلاتی رہی اور اپنی ساٹھویں سالگرہ پر اس کا دودھ چھڑایا۔

مردوں میں عنانت کی جو شکل نفسی اسباب کا نتیجہ ہوتی ہے، عورتوں میں بھی ایک اس کی متمم کیفیت پائی جاتی ہے۔ مردوں میں تو یہ ایک منفی کیفیت ہوتی ہے یعنی محض انفعالیت کی۔ لیکن عورتوں میں یہ رکاوٹ زیادہ فعّال نوعیت کی ہوتی ہے اور ایک نہایت جذباتی قسم کے ہسٹیریا کا نتیجہ ہوتی ہے جس کے ساتھ الم الہبل (vaginismus) پایا جاتا ہے۔ اس کیفیت میں عورت صنفی فعل کے

---

[1] Lond. Med. Gaz., 1847.

[2] American Journ., of Obstet., 1879.

[3] Gaz. Hebdomadaire, 1878.

[4] Gaz. de Gynecol., 1891.

ناقابل ہوجاتی ہے۔ ذرا سا نزدیک جانے سے اس کو دہشت کا دورہ پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر وہ ایسی مزاحمت کرتی ہے کہ تمام مساعی بیکار ہو جاتی ہیں۔ مجامعت انجام دینے کے غرض سے معدمات جس کا استعمال کیا گیا ہے اور بعض اوقات اس میں مستقل کامیابی ہوئی ہے۔ دیگر مثالوں میں مہبلی فم کی خراش پذیری اتنی شدید ہوتی ہے کہ ذرا سے مس سے عاصرۃ المہبل میں ایسا قوی انقباض پیدا ہو جاتا ہے کہ ایک انگلی تک داخل نہیں ہو سکتی ایسی مثالوں میں ہو سکتا ہے کہ یہ کیفیت بجائے عمومی اور نفسی ہونے کے زیادہ مقامی اور طبیعی ہو اور اس لئے جراحتی علاج سے اس کا دفیعہ ممکن ہو۔

چونکہ عورت کے بالکل منفعل رہتے ہوئے مجامعت انجام دینا ممکن ہے اس سے لازم آتا ہے کہ عمومی مرض یعنی شلل وشلہا جیسا کہ مردوں میں ضعف پیدا کرتا ہے عورت میں نہیں کرتا ہے۔ انتہائی جسمانی بدساختگی ضرور نہیں کہ مجامعت میں رکاوٹ ہو۔ کیونکہ ایسی عورتوں نے بھی بچے جنے ہیں جن کی ٹانگیں اس وضعات پہ جاسی (ankylosed) ہوتی ہیں کہ کسی طرح نزدیک آنے نہیں دیتیں۔

مقامی غیر طبعی حالتیں (abnormalities) جن کا سابق میں ذکر ہو چکا ہے ممکن ہے مجامعت میں مانع آئیں یا نہ آئیں۔ بیرونی اعضاء تناسلی کا فقدان۔ مہبل کا حد سے زیادہ تنگ ہونا یا مہبل کا فقدان ایک نہایت ہی مضبوط پردہ بکارت موجود ہونا جس کا روزن چھوٹا ہو یا جو غیر منثقوب ہو شفرتین کا انضمام رسولیاں جو مہبل کو بھر رہی ہوں بڑے بڑے متقید فتق اور دیگر منشا یہ کیفیات یہ سب اپنے درجہ اور نوعیت کے لحاظ سے مجامعت میں مزاحم یا مانع ہوتے ہیں۔ رحم اور مبیض کا فقدان اگر بیرونی اعضا مکمل ہوں مجامعت کو نہیں روکتا اگرچہ یہ بداہیۃً استقرار حمل کو روکیگا۔ عقم کا ایک عام سبب نام نہاد "رحم کی مزمن نازلت" ہے۔ اس کیفیت میں رحم کا غشا، مخاطی اسفنجی ہوتا ہے اور صاف مخاط کی ایک غیر طبعی مقدار کا افراز کرتا ہے جو ممکن ہے کہ خون آلود ہو۔ بعض مہبلی اخراج اپنے تیز ترشئی تعامل کے باعث حمل مشکل کر دیتے ہیں۔ ترشئی تعامل والے سیالات میں اور نیز نہایت قلوی تعامل والے سیالات میں حیوانات منی سرعت سے ہلاک ہو جاتے ہیں

باب ۱۲

زنا بالجبر اور خلاف وضع فطری جرائم

زنا بالجبر کی تعریف یوں کی جاسکتی ہے کسی فرد کا صنف متقابل کے فرد کے ساتھ بغیر اس کی رضامندی کے مباشرت کرنا (صنفی واقفیت carnal= knowledge)- لیکن اس سے عملی طور پر مراد یہ لی جاتی ہے "کسی مرد کا کسی بالغ سن کی عورت کے ساتھ اس کی رضامندی کے بغیر مباشرت کرنا یا ایک خاص عمر سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ مباشرت کرنا خواہ اس کی رضامندی سے ہو یا بلا اس کی رضامندی کے ہو- فی الوقت قانون کی شکل یہ ہے کہ

اگر کوئی شخص تیرہ سال سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ خلاف قانون مباشرت کرتا ہے تو وہ جرم شدید (felony) کا قصوروار ہے۔ اور اگر کوئی شخص تیرہ سال سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ خلاف قانون مباشرت کا اقدام کرتا ہے تو وہ جرم صغیر (misdemeanour) کا قصوروار ہے۔ اگر کوئی شخص تیرہ سال یا اس سے اوپر اور ۱۶ سال سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ خلاف قانون مباشرت کرتا ہے۔ یا خلاف قانون مباشرت کرنے کا اقدام کرتا ہے، یا کسی ابلہ (idiot) عورت یا کسی بے عقل عورت یا لڑکی کے ساتھ ایسے حالات کے ماتحت خلاف قانون مباشرت کرتا ہے یا کرنے کا اقدام کرتا ہے جو زنا بالجبر کے درجہ تک تو نہیں پہنچے لیکن جو یہ ثابت کرتے ہیں کہ ارتکاب جرم کے وقت مجرم یہ جانتا تھا کہ یہ عورت یا لڑکی ابلہ (idiot) یا بے عقل ہے، تو وہ شخص جرم صغیرہ کا قصوروار ہے۔ شرط یہ ہے کہ اس دفعہ کی پہلی ذیلی دفعہ کے ماتحت جو الزام ہو (یعنی ۱۳ سال سے اوپر اور ۱۶ سال سے کم کی

لڑکی کے متعلق) اس کے لئے اگر عدالت یا جیوری پر جس کے روبرو الزام عائد کیا گیا ہے ثابت ہو جائے کہ ملزم شخص لڑکی کو ۱۶ سال یا زیادہ کی باور کرنے کے لئے معقول وجہ رکھتا تھا۔ تو یہ عذر کافی قرار دیا جائے۔ ایک اور شرط بھی ہے کہ اس دفعہ کی پہلی ذیلی دفعہ کے ماتحت جو جرم ہو (یعنی ۱۳ سال سے اوپر اور ۱۶ سال سے کم کی لڑکی کے متعلق) اگر ارتکاب جرم کو تین ماہ سے زیادہ کا عرصہ گزر جائے تو اس جرم کے لئے کوئی کارروائی استغاثہ شروع نہ کی جائے۔ ترمیم قانون فوجداری کا ایکٹ ۱۸۸۵ (۴۸ - ۴۹ وکٹوریہ، چارٹر ۶۹)۔

یہ امر قابل توجہ ہے کہ عمر کے سوال کا دجوکہ بطور جملہ معترضہ مذکور ہوا ہے ابلہوں یا بے عقلوں کے متعلق نہیں پیدا ہوتا ہے۔ نیز ۱۳ سال اور ۱۶ سال کے مابین زنا بالجبر کا استغاثہ منسوب کردہ جرم کے ارتکاب سے تین ماہ کے اندر اندر ہونا چاہیئے۔ یہ امر مذکور نہیں لیکن اغلب ہے کہ تحدید وقتی کا اطلاق تیرہ سال سے اوپر ہر عمر پر منصور ہے۔

قانون کے مندرجۂ بالا اقتباس کو پوری طرح سمجھنے کے لئے لازمی ہے کہ مباشرت کی تعریف کی جائے۔ مباشرت سے قانون کی مراد یہ ہے قضیب کو محض فرج میں رکھ دینے (خواہ انزال ہو یا نہ ہو) کے فعل سے لیکر مکمل دخول اور انزال تک کسی درجہ کی مجامعت۔ اگر یہ فعل کسی بالغ عورت کے ساتھ اس کی بلا رضامندی اور اس کے خلاف ارادہ یا کسی بچی کے ساتھ کسی حالت میں بھی کیا جائے تو زنا بالجبر کہلاتا ہے۔ پہلے پہل میں دخول اور انزال دونوں کی شرط ہوتی تھی بعد میں (۲۴ - ۲۵ وکٹوریہ چارٹر ۱۰۰) محض دخول ہی (خواہ اس کے ساتھ انزال ہو یا نہ ہو) اس امر کے لئے کافی سمجھا گیا کہ اسے جرم قرار دیا جائے۔ عدالتوں نے یہ بھی فیصلہ دے دیا ہے کہ اگر قضیب فرج کے اندر داخل ہو جائے اور پردہ بکارت (hymen) کو کوئی تضرر نہ پہنچے تو یہ بھی مذکورہ بالا شرائط کے تحت زنا بالجبر قرار دیا جائے گا۔ عمر اور **ارادہ** کے مابین کیا تعلق ہے یہ امر قابل توجہ ہے۔ اگر **۱۶ سال** کی یا اس سے اوپر کی لڑکی اس فعل پر رضامند ہو تو زنا بالجبر کا ارتکاب نہیں ہوتا۔ ۱۳ سال اور اس سے اوپر کی اور ۱۶ سال سے

78

کم کی لڑکی خواہ رضامند ہو یا نہ ہو مرد کا فعل ہر حال میں مجرمانہ ہے اور وہ جرم صغیرہ کی پاداش میں بلا مشقت یا با مشقت قید کا مستوجب ہے جس کی میعاد دو سال سے زائد نہیں تیرہ سال سے کم عمر کی لڑکی چاہے رضامند ہو یا نہ ہو۔ جبر کرنے والا اگر اپنے مقصد میں کامیاب ہو جائے تو وہ جرم کبیرہ کا قصوروار ہے۔ اور اگر اس نے محض اقدام کیا ہو تو جرم صغیرہ کا۔ مقدم الذکر حالت میں جو سزا مقرر ہے، عدالت کی مرضی کے لحاظ سے اس کی حد دو سال تک کی قید سے لیکر حبس دوام بعبور دریائے شور تک ہو سکتی ہے، لیکن موخر الذکر حالت میں دو سال سے زیادہ قید نہیں ہو سکتی۔ لہذا ۱۶ سال سے کم عمر میں اگر لڑکی کی رضامندی ہو اور حتیٰ کہ اس کی طرف سے ترغیب ہی کیوں نہ ہو تو بھی فعل کی مجرمانہ نوعیت زائل نہیں ہوتی، اور اس بیان کا اطلاق ابلہ اور بے عقل عورتوں پر بھی ہوتا ہے۔ ان کا رضامند ہونا ملزم کی برات نہیں کرتا، یعنی ملزم جرم صغیرہ کا قصوروار ہو جاتا ہے۔ قانون کی یہ شرائط فاحشہ عورتوں پر بھی عائد ہوتی ہیں اور پاکباز عورتوں پر بھی۔ اگر کوئی شخص کسی فاحشہ عورت کے ساتھ اس کی بلا رضامندی زبردستی مجامعت کرے تو وہ بھی زنا بالجبر کا قصوروار ہوتا ہے اور اس لئے مستوجب سزا ہوتا ہے۔

اگر کوئی شخص کسی شادی شدہ عورت کو یہ فریب دیکر کہ وہ اس کا خاوند ہے اس کے ساتھ اس کی آزادانہ رضامندی سے مجامعت کرے تو وہ زنا بالجبر کا قصوروار ہو جاتا ہے۔ زمانہ ماضی میں یہ سوال ہر مقدمہ میں عدالت کے انصاف پر چھوڑ دیا جاتا تھا جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ بعض ججوں نے اس فعل کو زنا بالجبر قرار دیا اور بعض نے یہ رائے دی کہ اگرچہ رضامندی فریب سے حاصل کی گئی ہے تاہم اس سے فعل کی مجرمانہ نوعیت زائل ہو گئی ہے۔ اس عدم یکسانیت کو مٹانے کی خاطر قانون نے صاف طور پر وہ فیصلہ دے دیا ہے جو کہ اوپر درج ہے۔

وقتاً فوقتاً ایسی وارداتیں بھی وقوع پذیر ہوئی ہیں جن سے یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا بحالت خواب کسی عورت کے ساتھ اس کو علم ہوئے بغیر زنا بالجبر کا ارتکاب ممکن ہے۔ اگر قانون کی موجودہ تاویل کا لحاظ کیا جائے

تو اس کا جواب اثبات میں دینا پڑتا ہے ۔ صرف قضیب کو فرج کے اندر رکھ دینے سے ضرور نہیں کہ پیدا شدہ درد ایک گہری نیند سونے والی عورت کو جگا دینے کے لئے کافی ہو ۔ لیکن جرم کی جو تعریف اوپر دی گئی ہے ۔ اس کی رو سے یہ فعل زنا بالجبر کہلائیگا ۔ یہ سوال زمانہ سابق میں اسلئے اٹھایا جاتا تھا کہ اس وقت زنا بالجبر ثابت کرنے کے لئے دخول کا ہونا شرط تھا اور زمانہ موجودہ میں بھی عام طور پر ایسے مقدمات کے سلسلہ میں پیدا ہوتا ہے ، جن میں دخول ہونا بیان کیا جاتا ہے ۔ جب صورت حالات یہ ہو تو مشروط طور پر جواب دینے کی ضرورت ہے ۔ ایسی عورت کی جو صنفی مجامعت کی عادی ہے سوتے میں پورے دخول کے ساتھ عصمت دری کرنا ایک بالکل ممکن امر ہے ۔ ایسی کئی مثالیں پیش آئی ہیں کہ جن میں ایسا ہی ہوا ہے ۔ اور اسی قسم کی ایک مثال کی اطلاع ایڈنبرگ جرنل آف میڈیسن (Edinburg Medical Journal 1862) میں دی گئی ہے ۔ گائی[1] (Guy) ایک عورت کی مثال بیان کرتا ہے جو اس قدر گہری نیند سوتی تھی کہ اس کے خاوند نے سوتے میں کئی بار اس سے مجامعت کی تھی ۔ ہاں اگر جبر کرنے کے وقت تک مظلومہ کا باکرہ ہونا بیان کیا جائے تو یہ صورت اور ہو جاتی ہے ۔ یہ وثوق سے کہا جاسکتا ہے کہ ایک اوسط صنفی نمو کا بالغ آدمی کسی ایسی عورت میں جو باکرہ ہو اس کی قدرتی نیند میں اور اس کو علم ہوئے بغیر، پورے طور پر دخول نہیں کرسکتا ۔ لہٰذا جن مقدمات میں یہ بیان کیا جائے کہ ایسا ہوا ہے ، ان کو بربنائے مذکور مطلق بے اعتمادی نہ سہی تاہم سخت شک کی نگاہ سے دیکھنا چاہیے ۔

نیند کی غیر طبعی حالتوں یا ذہول میں مثلاً بعد الصرع تو ماہیں یہ غیر ممکن امر نہیں ہے ۔ کہ کسی باکرہ کی عصمت دری ہو جائے اور اس کو اس وقت اس جبر کی خبر تک نہ ہو ۔ لیکن یہ توقع کی جاسکتی ہے ۔ کہ دوبارہ ہوش میں آنے پر اندام نہانی میں اسے درد محسوس ہو گا ، اور اغلباً وہ یہ پائے گی کہ اس کا زیر جامہ خون سے آلودہ ہے ۔ کسپر لیمن (Casperliman) کے رسالہ میں ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا گیا ہے

[1] Forensic medicine, 1888.

جس کو صرع کے دورے ہوا کرتے تھے۔ اور ان کے بعد وہ چند گھنٹہ تک ہمیشہ بے ہوش رہا کرتا تھی۔ ایک آدمی نے جو اس حقیقت سے آگاہ تھا ایک موقعہ پر اس سے فائدہ اٹھایا اور اس کو علم ہوئے بغیر اس کے ساتھ مجامعت کر لی۔ ان حالات میں جبر کے وقوع کا امکان غالب قرار دینا بہت حد تک اس امر کے متعلق ہے کہ مبینہ مظلومہ کو صرع اور اس کے بعد ذہول ہوا کرتا تھا، معتبر شہادت حاصل ہونے پر موقوف ہے۔

ہسٹیریا (hysteria) اور جمود (catalepsy) بے ہوشی کے یا اس حالت کے کہ جس میں عورت ملزم شخص کی خواہش کے تابع ہو جاتی ہے اسباب ہو سکتے ہیں لیکن اس بیان کو تسلیم کرنے میں احتیاط سے کام لینا چاہیے۔ یہ امر ماننا پڑتا ہے کہ کسی لڑکی یا عورت کو جو ایک خاص عصبانی مزاج رکھتی ہو، کچھ دیر کے لئے نام نہاد عمل تنویم کے ذریعہ اپنے ارادے سے محروم کیا جا سکتا ہے۔ اور اس وقت جب کہ وہ اس حالت میں ہو اس کی عصمت دری کرنا ممکن ہے، بغیر اس کے کہ وہ کوئی موثر مزاحمت یا کسی طرح کی مزاحمت بھی پیش کرے۔ لیکن اس طرح کے تمام بیانات نہایت مشکوک ہوتے ہیں اور ان کو ہرگز سچا نہیں سمجھنا چاہئے بلکہ یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ عدم مزاحمت کے بظاہر معقول لیکن حقیقت میں جھوٹے عذرات ہیں، تاوقتیکہ ایسا سمجھنے کے خلاف یقینی شہادت موجود نہ ہو اگر ایسے واقعے کے متعلق رائے دینا ہو تو تنویمی نیند یا ایعاذ (suggestion) سے ذہنی اور جسمانی تابعیت پیدا ہونے کے امکان کو ایک مفروضہ کی حیثیت سے ماننا پڑتا ہے۔ لیکن اس قسم کی کسی کیفیت کو ارتکاب فعل کے وقت مزاحمت یا چیخ پکار کے نہ ہونے کی توجیہہ تسلیم کرنے میں نہایت احتیاط کی ضرورت ہے۔

بلاشک انتہائی دہشت کسی لڑکی یا عورت کو ایک لمحہ کے لئے عصمت دردہ شخص کے خلاف موثر مزاحمت پیش کرنے کی قوت سے محروم کر سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ حملہ آور کے حد سے زیادہ بڑھے ہوئے جابرانہ طرز عمل سے قوتِ ارادہ اور قوت جسمانی عارضی طور پر اس قدر معطل ہو جائیں کہ وہ بغیر کسی مزاحمت کے اپنا مقصد پورا کر لے یہ ضروری نہیں کہ تشدد عموماً جس کی دھمکی دی جاتی ہے

اسی کے ساتھ برتا جائے جس کی عصمت دری منظور ہے۔ ایک واقعہ مشکا[1]
(Maschka) نے درج کیا ہے کہ عصمت دری کرنے والے شخص نے جس
عورت کی وہ عصمت دری کرنا چاہتا تھا اس کے بچہ کو پکڑ لیا اور یہ دھمکی دی
کہ اگر اس عورت نے اس کی خواہشات پوری نہ کیں تو وہ اس بچے کو پٹک کے
بھیجہ الگ کر دے گا۔ جذبات مادری کے ابھارنے سے اس عورت پر جو دہشت
طاری ہوئی، اسی کی وجہ سے وہ مان گئی۔ اس مثال میں اگرچہ کچھ جسمانی
تشدد سے کام نہیں لیا گیا لیکن اخلاقی استبداد نے اس عورت کو موثر طور پر
قابو میں کر دیا۔ قانون، اخلاقی اور جسمانی استبداد میں کوئی فرق نہیں کرتا خواہ
مظلومہ کی رضامندی کے خلاف دھمکی سے یا سر پر چوٹ مار کر اس کو مجہول الحرکت
کرنے کے بعد مجامعت انجام دی جائے۔ یہ دونوں صورتیں یکساں طور پر
جرم ہیں۔ لیکن اس امر کی پوری طور پر وضاحت ہونے کی ضرورت ہے کہ
بیان کردہ دہشت سے پیدا شدہ ذہنی اور جسمانی تعطل اس عورت نے
حقیقت میں محسوس کیا تھا اور محض مزاحمت نہ پیش کرنے کے لئے اس کی
بہانہ سازی نہ تھی۔ اگر کوئی عورت ناجائز مجامعت کے دوران میں صرف اسی
وقت چلانا اور کشمکش کرنا شروع کرے جب کہ اسے کسی تیسرے آدمی کی آمد
کی خبر ہو اور اس سے پہلے ایسا نہ کرنے کی یہ وجہ بیان کرے کہ دہشت
نے اس کو مشلول کر دیا تھا تو غالب امکان یہ ہے کہ وہ ایک رضامند فریق
تھی، اور اس کی چیخ و پکار کا محرک اپنی ناموس کو بچانے کی خواہش تھی، اس وقت
جب کہ افشاء ناگزیر دکھائی دیا۔ ایموز[2] (Amos) نے ایک مضحکہ خیز واقعہ بیان
کیا ہے، جس میں کسی مرد پر ایک لڑکی کی عصمت دری کرنے کا الزام لگایا گیا۔
لڑکی نے اپنے نہ چیخنے اور چلانے کا یہ عذر بیان کیا کہ اسے یہ ڈر تھا کہ اسکی
ماں جو کہ پاس کے کمرے میں سو رہی تھی، کہیں بیدار نہ ہو جائے۔

---

[1] Handbuch, Bd. 8.

[2] London. Med. Gaz., 1831

80

مخدرات یا مغدمات جس، اس مقصد کے لئے کہ ایک عورت کو بے ہوش کیا جائے اور اس کو عصمت دری کے خواہاں شخص کے بس میں لایا جائے بکثرت استعمال کئے جاتے ہیں اور غالباً ان کا استعمال کیا جانا اس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ بیان کیا جاتا ہے ۔ عام طور پر جن اشیا سے اس غرض کے لئے کار برآری کی جاتی ہے وہ یہ ہیں۔ الکحالی مشروبات، کلوروفارم (chloroform) افیون اور اس کے مرکبات۔ اگر کوئی عورت نشے میں چور ہو ۔ اور اگر اس کو اتنا ادراک رہ جائے کہ یہ جان سکے کہ کیا ہو رہا ہے ۔ تو بھی وہ موثر مزاحمت کے قطعاً ناقابل ہوتی ہے ۔ جب اس قسم کی واردات کے متعلق رائے قائم کی جاتی ہے تو اس امر کا فیصلہ کرنا مشکل ہوتا ہے کہ آیا یہ عورت اسی قدر اس نشے کے زیر اثر تھی کہ جس قدر وہ اعتراف کرتی ہے کہ تھی ۔ اگر کوئی عورت بالارادہ الکحالی مشروب پی لے یہاں تک کہ جذبہ شہوت اس کے شعور تمیزی پر غالب آجائے اور وہ اپنے آپ کو اپنے یار کی آغوش کے سپرد کر دے ۔ تو ممکن ہے کہ جب وہ اپنی اصلی دماغی حالت پر عود کرے تو وہ اپنی ذات پر اس حد تک پشیمان ہو ۔ کہ اس فعل کا سارا قصور مرد کے سر تھوپنے کی کوشش کرے اور اس طرح کم از کم دنیا کی نظروں میں یہ ثابت کرنے کی کوشش کرے کہ وہ ہر قسم کے قصور سے بری ہے ۔ ایسی صورت میں غور طلب امور یہ ہیں ۔ اس عورت کا گذشتہ چال چلن، اس کی عمر (نوجوان عورت کے یہ روش اختیار کرنے کا بہ نسبت متوسط عمر کی عورت کے زیادہ امکان ہے) نشے کی نوعیت اور مقدار، اور نیز کوئی اتفاقی شہادت مثلاً مستغیثہ کا اس واردات کو اس تفصیل اور وضاحت سے بیان کرنا کہ یہ ترقی پذیر بے ہوشی کی حالت سے مطابقت نہ کرے ۔ اور وہ مدت جو مرد و عورت نے باہم گزاری ہے (بشرطیکہ یہ دریافت ہو سکے) ممکن ہے کہ یہ مدت اتنی تھوڑی ہو کہ کھائی ہوئی قسم کے نشے کا اتنی مدت میں گہری بے ہوشی پیدا کرنا آخرالذکر وجہ کی بنا پر مشکوک نظر آئے۔

کسی عورت کو مزاحمت کے ناقابل بنانے کی غرض سے کلوروفارم کا بخار دینا۔ اس کے متعلق یہ یاد رکھنا چاہئے ۔ کہ اغلباً صرف دو ہی طریقے ہیں جن پر ایسا کیا جا سکتا ہے ۔ پہلا طریقہ یہ ہے کہ کوئی عورت کسی صحیح مقصد کے لئے

مثلاً اخراجِ دندان کے لئے ارادتاً بخار کی دم کشی کرے (اس غرض کے لئے بخارمیں وہ تمام معدمات حس شامل ہیں جو اس طرح سے دیے جا سکتے ہیں) اور پھر اس وقت جبکہ عورت اس معدم حس کے زیر اثر ہو، معدم حس دینے والا اس کی عصمت دری کر دے۔ دوسرا طریقہ یہ ہے کہ یہ بخار کسی عورت کو ایسی حالت میں دیا جائے کہ وہ سوئی ہوئی ہو۔ پہلی قسم کی ایک واردات کا حوالہ سٹل اور وہارٹن (Stille and Wharton) نے نہایت تفصیل کے ساتھ دیا ہے۔ ایک نوجوان خاتون ایک ماہر دندان کے پاس دانت بھروانے گئی۔ چونکہ عملیہ تکلیف دہ تھا، اس لئے ایتھر (ether) دی گئی۔ مستغیثہ کا بیان یہ تھا کہ جب وہ ایتھر کے زیر اثر تھی تو اس کی آبرو ریزی کی گئی۔ اس واردات میں عجیب و غریب بات یہ ہے، کہ مستغیثہ نے یہ بیان دیا کہ اگرچہ میں مزاحمت کرنے کی ناقابل تھی، تاہم جو کچھ ہوا اس کی دقیق ترین تفصیل کا مجھ کو ہوش تھا اور نیز جرم کا ارتکاب ہو چکنے کے بعد جب میں نے آنکھیں کھولیں، اس وقت ماہر دندان کچھ لمحہ کے لئے کمرے کے کسی دیگر حصہ میں چلا گیا تھا، اور میں دیکھ سکتی تھی کہ میرے کپڑے پریشان حالت میں ہیں۔ نوجوان خاتون نے نہایت عقلمندی سے دندان ساز کے واپس آنے سے پہلے ہی آنکھیں بند کر لیں اور اس کو موقعہ دیا کہ وہ اس کے کپڑوں کو ٹھیک ٹھاک کر دے۔ اس کے چند منٹ بعد اس کو اتنا ہوش آگیا کہ جب اس کو بتایا گیا کہ تکلیف دہ دانت اس حد تک گلا ہوا ہے کہ اس کا بھرنا ناممکن ہے تو وہ اس کے اخراج کی مصلحت پر بحث کرنے لگی۔ اب اور ایتھر (ether) دی گئی، اور اخراج کر دیا گیا۔ جب معدم حس کے اثرات زائل ہو چکے تو وہ دندان ساز کو کچھ ملامت کئے بغیر مکان سے رخصت ہو گئی اور اس واقعے کا ذکر اس وقت کیا جب چند گھنٹے گزر گئے۔ اس قصہ کا انجام یہ ہوا، کہ اس دندان ساز کو ۴ سال کی قید کی سزا ہوئی لیکن بعدہٗ جب حکام کے روبرو یہ عرضداشت پیش کی گئی۔ کہ یہ بالکل ممکن ہے کہ سارے کا سارا معاملہ محض وہم ہی ہو تو اس پر وہ رہا ہو گیا۔ اگر اس خاتون کا تفصیلی بیان دیکھا جائے یہ فیصلہ کرنا دشوار ہو گا کہ ایک طرف اس کی حاضر دماغی، اور دوسری طرف عدالت کا ایسی

ٹھیک ٹھیک سزا مقرر کرنا ان دونوں میں سے نسبتہً کون سی چیز زیادہ حد تک قابل تحسین ہے۔ اس واقعہ کو بیان کرنے کا مقصد اُس اصول پر زور دینا ہے جس کی کئی بار تاکید کی جا چکی ہے۔ یعنی طبیب یا دندان ساز کو چاہئے کہ وہ کسی تیسرے شخص کی موجودگی کے بغیر کبھی کسی زنانہ مریض کو معدم حس نہ دے۔ اور یہ اصول ان اصولوں میں سے ہونا چاہئے، جن کی مستثنیات نہیں ہیں۔ یہ امر خوب معلوم ہے کہ نیم درجہ کی بے ہوشی جو معدم حس سے پیدا شدہ ہو، بسا اوقات اختباطات (delusions) کا موجب ہوتی ہے۔ اور عورتوں میں ایسے اختباطات گاہے شہوانی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ یہ موضوعی تاثر اس قدر شوخ ہوتا ہے کہ جس عورت پر یہ تاثر پیدا ہوا اُس کو اس کی خارجیت پر پورا یقین ہوتا ہے۔

سوئے ہوئے اشخاص کو جراحتی عملیات کے لئے تیار کرنے کی غرض سے کلوروفارم دینے کا تجربہ کئی موقعوں پر کیا گیا ہے بعض مثالوں میں فرد قدرتی نیند سے بیدار ہوئے بغیر کلوروفارمی تجذیز کی حالت میں منتقل ہو جاتا ہے۔ اور بعض میں باوجودیکہ بخار آہستہ آہستہ دیا جاتا ہے مزاحمت میں اس قدر خواہش پیدا ہو جاتی ہے کہ تجربہ کا موضوع جاگ اٹھتا ہے۔ ڈالبو[1] (Dolbeau) نے چند تجربات درج کئے ہیں۔ جو اس نے ایک ایسی واردات کے متعلق کئے جس میں اس امر کا دعویٰ کیا گیا تھا کہ ایک لڑکی کو سوتے میں کلوروفارم دیکر اس کی عصمت دری کی گئی ہے۔ سوئے ہوئے اشخاص کو کلوروفارم کے زیر اثر لانے کی انتیس کوششوں میں سے وہ صرف دس میں کامیاب ہوا اور انیس میں ناکام رہا۔

اس میں کوئی شک نہیں کہ جب عورت ایک دفعہ معدم حس کے زیر اثر ہو جائے تو اس وقت جو بھی اس کی بے بسی کی حالت سے فائدہ اٹھانا پسند کرے وہ اس کے رحم پر ہوتی ہے۔ عورت کو بے ہوش کرنے کے یہ

[1] Annales d'Hygiene, 1874.

81

دو طریقے یعنی ارادتاً دم کشی کرنا یا اس پر سوتے میں قابو حاصل کرلینا، غالباً ان تمام واقعات پر مشتمل ہیں جن میں معدمات حس کو بخار یا گیس کی شکل میں دیکر عصمت دری کی گئی ہے۔ جن واقعات میں یہ بیان کیا جاتا ہے کہ کلوروفارمی خدر کسی بو دار شئے میں بسے ہوئے جیبی رومال کو منہ کے سامنے لہرانے سے پیدا کیا گیا اور یہ کہ اس کارروائی کے بعد یکایک بے ہوشی طاری ہوگئی وہ قدرتی طور پر جھوٹے ہوتے ہیں۔ یہ ایک عام تجربے کی بات ہے کہ جراحتی عملیے میں اعدام حس کے ابتدائی درجوں میں معدم حس دینے والے کو اکثر اوقات ایک مددگار کی ضرورت پڑتی ہے تاکہ وہ اس مریضہ کی جس نے اپنے آپ کو برضا و رغبت پیش کیا تھا کشمکش کو قابو میں رکھے۔ اگر عورت کمزور نہ ہو تو اس کو اس کی خلاف مرضی کلوروفارم دینا اور وہ بھی تنہا دینا کوئی آسان کام نہیں ہے۔ غالباً اس میں اتنی ہی بڑی مشکل کا سامنا ہوگا کہ جتنی بغیر معدم حس کے زنا بالجبر کا ارتکاب کرنے میں پیش آتی ہے۔ اگر طبیب کو مستغیثہ کا معائنہ کرنے کے لئے طلب کیا جائے تو اس صورت میں اسکو چہرے گردن کندھوں اور کلائیوں کو انگلیوں کے نشانات اور کونتگیوں کے لئے احتیاط سے معائنہ کرنا چاہیئے کیونکہ ایک پیچ واقعہ میں یہ بہت ممکن ہے کہ مظلومہ نے معدم حس سے بچنے کی جو کوشش کی ہو، اس پر غالب آنے میں۔ پیدا ہو گئے ہوں۔

عصمت دری کو آسان کرنے کے لئے دیگر معدمات حس کا استعمال کرنا عام نہیں ہے۔ لیکن الکحلی مشروبات میں افیون یا مارفیا ملانے کے واقعات درج ہیں۔ مندرجہ ذیل واقعہ جس میں کلورل ہائیڈریٹ (ohloral hydrate) دیے جانے کا ادعا کیا گیا تھا، سماعت کے دو سال بعد مصنف کے علم میں آیا۔

ایک شادی شدہ آدمی اپنی بیوی کی عدم موجودگی کے باعث جو ماہواری نرس تھی، ایک رات گھر میں ایک چودہ سال کی خادمہ لڑکی کے ساتھ تنہا رہ گیا پھر جو کچھ واقعہ پیش آیا اس کے متعلق لڑکی کے بیانات یہ تھے۔ شام کے قریب اس کو دانت کے درد کی

شکایت ہوئی اور اس کے آقا نے ایک بوتل سے کچھ شے نکال کر تھوڑی سی روئی پر ٹپکائی اور اس روئی کو دانت پر رکھدیا۔ پھر وہ بستر پر لیٹ گئی اور فوراً ہی گہری نیند سو گئی۔ وہ پو پھٹنے کے وقت اٹھی تو اس وقت اسنے آقا کو اپنے ساتھ بستر پر پایا لیکن وہ فوراً ہی اٹھکر اس کمرے سے چلا گیا۔ لڑکی کو معلوم ہوا کہ اس کے اندام نہانی سے خون بہ رہا ہے اور اس میں درد محسوس ہوتا ہے۔ وہ دوبارہ سو گئی۔ اور پھر معمولی وقت پر صبح کو جاگی اور اٹھکر کپڑے دھونے کی سخت محنت کرتے ہوئے دن گزارا۔ اگرچہ اسکی مالکہ صبح کو واپس آگئی تاہم شام تک اس نے کوئی شکایت نہیں کی اور اس وقت اس نے اپنی بہن کو متذکرہ صدر قصہ سنایا۔ بیان کردہ جبر کے ارتکاب کے پانچ دن بعد تک کوئی طبی معائنہ نہیں کیا گیا۔ لڑکی کا معائنہ کرنے والے طبیب نے مجسٹریٹ کے روبرو جو بیان دیا مندرجہ ذیل اسکی حرف بحرف نقل ہے۔

"دخول واقعی ہو چکا تھا۔ اور شفرتین صغیر تباہ ہو چکے تھے۔ اندام نہانی کسی قدر التہاب زدہ تھا۔ میرے ہاتھ لگانے سے لڑکی جھجکتی تھی۔ جبر ضرور ہوا ہوگا۔ کلورل (chloral) کا ذائقہ پیپرمنٹ کی طرح کا ہوتا ہے۔ اور اس سے ایسی گہری نیند پیدا ہو جاتی ہے کہ کوئی آدمی بھی اس قسم کے فعل کا ارتکاب کر سکتا ہے۔ بغیر اس کے کہ لڑکی کو خبر ہو۔ ملزم کی بدقسمتی سے کوئی طبی شہادت موجود نہ تھی جس سے اس بیان کی تردید ہو۔ سماعت مقدمہ مانچسٹر اسائیز (Manchester Assizes) کے روبرو ایک ایسے زمانہ میں ہوئی جب کمسن بچوں پر مجرمانہ حملوں کے متعلق عوام کے خیالات میں بہت ہیجان برپا تھا۔ اور یہی وہ ہیجان تھا جس کی وجہ سے ۱۸۸۵ کا ترمیم قانون فوجداری کا ایکٹ منظور ہوا۔ باوجودیکہ اس لڑکی کا قصہ قطعاً غیر اغلب تھا اور طبی شہادت میں تناقص پایا جاتا تھا قیدی کو ۱۰ سال قید کی سزا دی گئی۔ دو سال کے بعد مصنف ہذا اور کئی ایک دیگر طبیبوں کے متحد امداد خلاف (Home Secretary) کے پاس سفارش کرنے پر اس قیدی کو رہا کر دیا گیا۔ اس واقعہ سے ایک نہایت عمدہ پیرایہ میں اس امر کی مثال ملتی ہے کہ قابل اعتبار ماہرانہ طبی شہادت کیا قعت اور اہمیت رکھتی ہے اور اس امر کی کہ ہر طبیب کے لئے گواہی کے کٹہرے میں ہو کر بات سمجھ بوجھ کر کرنا کس قدر ضروری ہے۔ اگر کوئی ذی علم طبیب ہوتا تو فوراً جیوری پر یہ امر واضح کر دیتا کہ روئی پر کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) کے محلول کے چند قطرات سے یہ ناممکن ہے کہ

82

ایسی فوری اور گہری بے ہوشی پیدا ہو جو کئی ساعت تک قائم رہے۔ اور جس کی مدد سے کوئی بالغ آدمی کسی چودہ سالہ لڑکی میں جو قیاساً باکرہ ہو، پورے طور پر دخول کر سکے، لیکن اسکو خبر نہ ہو۔ اس طرح سے طبی شہادت کی وہ غرض پوری ہو جاتی جس کا خاص کر مجرمانہ حملوں میں قانون متقاضی ہے، یعنی مستغیثہ کی اس شہادت کے جو کہ فنی موضوعات کے متعلق تھی سچے حصے کی توثیق اور جھوٹے حصے کی تردید ہو جاتی۔

عہد وکٹوریہ ۴۸ اور ۴۹ چارٹر ۶۹ کی رو سے کسی لڑکی یا عورت کو بے ہوش کرنے یا اس پر قابو پانے کی غرض سے کوئی دوا، مادہ یا شئے دینا جس سے کوئی شخص اس لڑکی یا عورت سے ناجائز مباشرت کر سکے جرم خفیف ہے۔

اس امر میں شک کیا گیا ہے کہ آیا کوئی آدمی بغیر کسی مدد کے کسی عورت کے ساتھ اس کی خلاف مرضی پورے طور پر مجامعت انجام دے سکتا ہے، اس وقت جبکہ اس عورت کو گھونسے یا دیگر تشدد دیا دوا سے عاجز نہ کر دیا گیا ہو۔ بعض نے اس حقیقت کی بنا پر کہ عورت اپنے جسم کو متواتر حرکت دیکر دخول کو موثر طور پر روک سکتی ہے اس امر سے انکار کر دیا ہے کہ کسی بالغ عورت کی عصمت دری محض آدمی کی بلا واسطہ صرف کردہ جسمانی طاقت سے بغیر کسی دیگر مدد کے کی جا سکتی ہے۔ یہ سوال اس امر پر منحصر ہے۔ کہ دونوں افراد کی اضافی جسمانی طاقت دری کیا ہے۔ ایک طاقتور مرد ایک بوڑھی یا کمزور سی عورت کے ساتھ یا بچی کے ساتھ کامیاب ہو سکتا ہے۔ برخلاف اس کے ایک کوتاہ مرد کو ایک تنومند عورت آسانی سے باز رکھ سکتی ہے۔ جب مرد اور عورت دونوں کے باہمی جسمانی نمو میں زیادہ مساوات ہو تو رائے دیتے وقت ذرا قوت امتیاز کی ضرورت ہے۔ اس موضوع سے متعلق ایک نقطہ ایسا ہے جو اکثر اوقات نظر انداز ہو جاتا ہے کہ عورت کا عمرانی مرتبہ، عادات اور مزاج کیا ہیں، ادنیٰ طبقے کی عورتیں اپنی صنف اور متقابل صنف کے افراد کے ساتھ ہاتھا پائی کرنے کی خوگر ہوتی ہیں اور ان کو اس طرح کے خوش طبعانہ تشدد کی مدافعت کی عادت ہو جاتی ہے۔ اکثر واقعات میں اس قابلیت مدافعت کی وجہ سے ایک نڈر عورت اس کی

عصمت دری چاہنے والے کے اقدامات کو رائگاں کر دے سکتی ہے۔ برخلاف اس کے ایک نازپروردہ عورت غیرمانوس جبر سے اس قدر خوف زدہ ہو جاتی ہے کہ اس کے قواء جزوی طور معطل ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اسی حد تک اس کی قوت مدافعت بھی کمزور پڑ جاتی ہے۔

استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ عورت کی حرکات میں اس قدر مزاحمت ہو جائے کہ اس کو آسانی سے شکار بنایا جا سکے کیسپر[1] (Casper) ایک تنومند خوب نمو یافتہ عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے، جس کے لباس کو اس کے سر پر الٹ کر اس کو بے بس کر دیا گیا۔ جب وہ اس طرح لپٹی ہوئی تھی تو ایک تنہا آدمی نے اس کی عصمت دری کر ڈالی۔

پہلے یہ ایک بحث طلب امر ہوا کرتا تھا کہ آیا زنا بالجبر کے بعد استقرار حمل ہو سکتا ہے۔ لیکن اب یہ سوال بحث کا محتاج نہیں رہا، کیونکہ بیضک کو بارور کرنے کا فعل ارادے پر موقوف نہیں ہے۔ یعنی یہ عورت کی شرکت اور رضامندی کے بغیر انجام دیا جا سکتا ہے۔

ایک اور سوال بھی پیدا ہوا ہے یعنی زنا بالجبر سے تناسلی اعضا کو جو ضرر پہنچتا ہے، آیا وہ موت واقع کرنے کے لئے کافی ہو سکتا ہے۔ بدقسمتی سے اس کا جواب ہمیں اثبات میں ملتا ہے۔ کیونکہ وقتاً فوقتاً ایسی واردا تیں ہوئی ہیں، جنہیں موت براہ راست اس ضرر کا نتیجہ تھی جو نوجوان لڑکیوں کے نامکمل تناسلی اعضا میں قضیب کے دخول کے بیہمانہ اقدامات سے پہنچا، قطع نظر ان تضررات کے جو کسی اور طرح سے لگائے گئے ہوں۔ کالیز[2] (Colles) ایک ۸ سالہ لڑکی کے واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جس کی ایک بالغ مرد نے عصمت دری کی۔ چھ دن کے بعد وہ التہاب باریطونی سے مرگئی۔ اور امتحان لاش پر اسکا عجان مشقوق اور اس کا مہبل گنگرینی (gangrenous) پایا گیا۔ ہندوستان میں چونکہ خلوت صحیحہ کم عمری ہی میں ہو جاتی ہے، لہذا ازدواجی مجامعت کے اقدامات سے اکثر

83

Med. Times and Gaz., 1860

لڑکیاں مر گئی ہیں۔

بکارت کی طبیعی امارات

ایک نوجوان اور بالغ باکرہ میں پستان نیم کروی شکل کے ہوتے ہیں اور سخت اور لچکدار محسوس ہوتے ہیں۔ اس کے حلمے چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کے گرداگرد ہالیے ہوتے ہیں جو گوری عورتوں میں گلگوں اور سانولی عورتوں میں سیاہی مائل ہوتے ہیں۔ باکرہ کے پستانوں میں گاہے سیال کا جو دودھ کی بعض خصوصیات رکھتا ہے ذرا سا افراز پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی وجہ بلا ناپاک عادات کے صنفی فعالیت ہو۔

شفرتین کبیر کے آزاد کنارے کم و بیش متدیر سخت اور لچکدار ہوتے ہیں، اور یہ ایک دوسرے کے نہایت ہی قریب ہوتے ہیں شفرتین صغیر چھوٹے ہوتے ہیں اور پھیکے رنگ کے ہوتے ہیں ملتقی خلفی (posterior commissure) صحیح و سالم ہوتا ہے۔ اگر ناقص نمو کی شاذ مثالوں کو مستثنے کر دیا جائے تو پردہ بکارت مختلف اشکال میں سے کسی نہ کسی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ اس کی عام ترین شکل یہ ہے کہ مہبل کے مدخل کے وارپار عرضی طور پر ایک ہلال سا پھیلا ہوتا ہے جس کے قرنین کا رخ مجری البول کی جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات پردۂ بکارت مہبل کے دہنہ کے گرداگرد پورے حلقہ میں پھیلا ہوتا ہے، اور گول یا بے قاعدہ شکل کے روزن یا انتصابی درز سے مثقوب ہوتا ہے۔ ممکن ہے ایک سے زیادہ روزن موجود ہوں اور یہ بھی ممکن ہے کہ ایک بھی موجود نہ ہو۔ اس وقت یہ حالت غیر مثقوب پردۂ بکارت کہلاتی ہے بمپردۂ بکارت کی شکل کی طرح اس کی صلابت (rigidity) بھی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض کنواریوں میں پردۂ بکارت اس قدر ڈھیلا اور نرم ہوتا ہے۔ کہ فتحہ میں انگلی داخل کی جاسکتی ہے بغیر اس کے پردہ بکارت کے کنارے کو نقصر پہنچے بعض میں یہ سخت اور مزاحم ہوتا ہے۔ کوئی شے جو فتحہ سے ذرا بھی بڑی

اندر گذر جائے۔ تو پردہ بکارت کے کنارے پھٹ جاتے ہیں۔ مہبل تنگ ہوتا ہے خاصکر بہت ہی کمسن کنواریوں میں۔ اور اس کی دیواریں کم وبیش شکن دار ہوتی ہیں لیکن ممکن ہے کہ ان شکنوں کی بجائے ایک ہموار بے شکن سطح موجود ہو۔ اس کا سبب مختلف حالتیں ہوتی ہیں جو عمومی صحت کی خرابی سے پیدا ہوتی ہیں۔

بکارت کے فقدان کی طبعی امارات

ایک مجامعت سے پستانوں میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ اور متواتر مجامعت سے بھی اگر کچھ تغیر ہوتا ہے تو وہ بہت کم ہوتا ہے، بشرطیکہ حمل نہ ہو۔ شفرتین کبیر اور صغیر سے صرف توثیقی شہادت ملتی ہے یعنی تازہ وارداتوں میں جب بہت تشدد برتا گیا ہو تو التہابی حالت پائی جاتی ہے۔ ملتقی اخلفی (posterior commissure) پر مکمل اور متواتر مجامعت کا اثر نہیں ہوتا، ہاں بہت کمسن عورتوں میں ہوتا ہے۔ یا جب خلاف عادت تشدد برتا گیا ہو تو بالغوں میں اثر ہوتا ہے۔ فقدانِ بکارت کی معتبر ترین شہادت پردۂ بکارت سے حاصل ہوتی ہے۔ اس کا منظر اس مدت کے لحاظ سے جو ازالہ بکر اور وقت امتحان کے درمیان گزر چکی ہے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ نیز یہ منظر اس امر کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتا ہے کہ فرد کا سن کیا ہے۔ روزن کی جسامت اور پردۂ بکارت کے درجہ صلابت کے اعتبار سے غشاء کی اصل حالت کیا تھی۔ تضررات پہنچانے والے ذکر کے ابعاد کیا ہیں۔ تضررات پہنچانے کے وقت کس درجہ کا تشدد عمل میں لایا گیا تھا۔ تازہ تضررات تیز کناروں والے چاکوں یا درزوں کی مانند معلوم ہوتے ہیں جو ممکن ہے کہ پردہ بکارت کے ایک سرے سے دوسرے سرے تک پھیلے ہوئے ہوں یا فرج اور مہبل کی غشاء مخاطی میں مسلسل ہوں۔ معمولی ہلالی پردے میں پچھلی سمت کو ملتقیٰ کی جانب بالعموم ایک درز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے علاوہ اور بھی درزیں ہوں۔ استثنائی مثالوں میں ایک نیا سوراخ بھی

بن جاتا ہے جو بالعموم طبعی سوراخ کے نیچے ہوتا ہے اور جھلی کی ایک دھجی مہبل کے منہ کے وار پار تنی ہوئی باقی رہ جاتی ہے۔ اکثر پھٹے ہوئے پردہ سے کچھ نزف جاری ہوتا ہے جو گاہے حد سے زیادہ ہوتا ہے۔ بہرکیف اگر تفرزات پہنچنے کے بعد امتحان جلد ہی کیا جائے تو ان حصص پر خون کے ننھے ننھے یا دھبے پائے جائیں گے۔ نیز فم مہبل اور قریب کی ساختیں التہابی حالت میں ہونگی اور تماس پر دکھتی ہوں گی۔ کچھ دیر بعد اور خاصکر کمسن بچوں میں اعمال التہابی سے زرد یا سبزی مائل زرد رنگ کا مخاطی قیحی اخراج پیدا ہوجاتا ہے۔ اس اخراج پر سوزاک کی سرایت سے پیدا ہونے کا دھوکہ نہ ہونا چاہئے کیونکہ اس کیساتھ یہ بہت ملتا جلتا ہے۔ اور نہ سیلان رحم کی سابقہ موجودگی کا دھوکا کھانا چاہئے ان حالتوں کے درمیان فرق کرنا کوئی آسان امر نہیں ہے چنانچہ محض اخراج کی بنا پر ہی کئی بہتانات عائد کئے گئے ہیں یعنی اگرچہ مرضیاتی اسباب کا نتیجہ تھا، لیکن اسے مجرمانہ جبر پر محمول کیا گیا۔ میکانی خراش کے التہاب سے جو اخراج پیدا ہوتا ہے۔ وہ بالعموم اس قدر وافر نہیں ہوتا کہ جتنا سرایت سوزاک کا اخراج ہوتا ہے۔ اس کو سیلان رحم کے اخراج سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ غشاء مخاطی میں جو اس کا افراز کرتا ہے شدید التہابی حالت کی علامات پائی جاتی ہیں۔ چرم نے بھی مہبل سے اخراج پیدا کرتے ہیں۔ سپٹزر[1] (spitzer) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے۔ جس کے متعلق یہ شک تھا کہ اس کی عصمت دری ہوئی ہے۔ اس کے مہبل سے کثرت سے اخراج جاری تھا۔ جب گذرگاہ کو پچکاری سے دھو کر صاف کرنے پر چرم نے نکلے تو حقیقت حال آشکارا ہوگئی۔ نقابت سوزاک (gonococci) کا وجود اور عدم وجود علی الترتیب اخراج کے نوعی صفت ہونے یا سے بے ضرر ہونے کی دلیل گردانا گیا ہے۔ لوبر[2] (Lober) نے ایک زنا بالجبر کے واقعہ میں لباس کے دھبوں سے نقابت سوزاک

---

[1] Wien. Med. Wochenschr., 1892

[2] Bull. Med. du Nord de la France, 1887

کی کاشتیں حاصل کیں۔ کراٹر (Kratter)[1] نے زنا بالجبر کے دو واقعات میں جنہیں اس نے مہبل کے اخراج میں نیقات سوزاک کی تلاش کی، ایک واقعہ میں یہ موجود پائے اور ایسے واقعات میں اس نے حرثومیاتی تفتیش کو بہت اہمیت دی ہے طبی قانونی وارداتوں میں جب تک عضویہ خرد بینی اور کاشتی دونوں طریقوں سے شناخت نہ ہو جائے یہ رائے ظاہر نہیں کرنی چاہئے کہ سوزاک موجود ہے بلکہ شناخت کا قطعی ثبوت صرف آخر الذکر طریقے سے حاصل ہو سکتا ہے۔ باکرہ مہبل کی غشا، مخاطی کی شکنددار حالت ایک دو مرتبہ فعل مجامعت کرنے سے تبدیل نہیں ہوتی گوکہ یہ بھی ممکن ہے کہ باکرہ میں یہ حالت موجود ہی نہ ہو۔

اگر عصمت دری اور وقت امتحان کے درمیان ۴ سے لیکر ۵ دن تک کا وقفہ گزر چکا ہو تو حصص کا منظر متذکرہ صدر منظر سے مختلف ہوگا، خاصکر اگر بہت زیادہ جبر نہ ہوا ہو۔ اس صورت میں خون کے تھکے نہ ملیں گے اور ممکن ہے کہ التہابی منظر زائل ہو چکا ہو۔ پردۂ بکارت کے چاکوں کے تیز کنارے گول ہو چکے ہوں گے اور خام سطح غالباً مندمل ہو چکی ہوگی اس کے نتیجے کے طور پر لحیمات آسیہ (caruncutæ myrtiformes) متشکل ہو گئے ہونگے یہ پردۂ بکارت کے باقیات سے بنی ہوئی بے قاعدہ گولائی کی گرہیں ہوتی ہیں۔ اگر لحیمات تازہ ہوں تو یہ متورم الیم، اور گہرے سرخ رنگ کے ہوتے ہیں۔ اگر اس سے بعید زمانہ کے بنے ہوئے ہوں تو زیادہ ٹھوس اور زیادہ سخت، اور زیادہ ہلکے رنگ کے ہوتے ہیں۔ یہ کہنا ضروری ہے کہ اگر ذکر غیر متناسب طور پر بڑا نہ ہو۔ تو واحد مجامعت ان متعدد گرہکوں کی تکوین پر منتج نہیں ہوتی کیونکہ پردۂ بکارت کے تناظر العدد چاکوں کے سابقہ وجود کی قایم مقام ہیں اگر پردۂ بکارت کو صرف ایک چاک کا ضرر پہنچا ہو تو بعد کا منظر لحیمات آسیہ (caruncuiæ myrtiformes) کے لفظ سے جو کچھ کہ عام طور پر مفہوم لیا جاتا ہے اس کے مطابق نہ ہوگا۔ پردۂ بکارت کا لحیمات آسیہ میں تبدیل

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Supplem., 1891.

ہونا بالعموم مجامعت کے متواتر افعال کا نتیجہ ہوتا ہے۔ پردۂ بکارت کے چاک پھر دوبارہ ملتئم نہیں ہوتے اور ہیل کا تضرر مستقل طور پر رہ جاتا ہے۔

بکارت یا عدم بکارت کی طبیعی امارت اور زنا بالجبر

ذیل کی وجوہ سے فقدان بکارت کی طبیعی امارات بجائے خود زنا بالجبر کا ثبوت نہیں ہیں اور نہ وجود بکارت کی امارات اس کے وقوع کی تغلیط کرتی ہیں۔

بکارت کی طبیعی امارات کے عدم وجود کے اسباب یہ ہیں جائز ازدواجی مجامعت۔ ناجائز لیکن ارادی مجامعت۔ پردۂ بکارت کا اتفاقی انشقاق۔ اور شاذ واقعات میں پردہ کا عدم وجود یا خلقی طور پر نامکمل ہو۔

جس عورت کے ساتھ زنا بالجبر کا ارتکاب کیا گیا ہو، اس میں ذیل کے اسباب سے بکارت کی طبیعی امارات قائم رہتی ہیں۔ ڈھیلا پردہ اور بڑا روزن موجود ہونا خاصکر اگر حملہ آور شخص کا قضیب چھوٹی جسامت کا ہو۔ پردہ بکارت کا لچکدار ہونا جو بعض حدود کے اندر متسع ہو کر پھر سکڑ جاتا ہے۔ مظلومہ کی انتہائی کمسنی اور صنفی اعضا کا اتنا چھوٹا ہونا کہ ہیلی دخول نہ ہو سکے (بشرطیکہ اس کے حصص کو پھاڑ کر الگ نہ کر دیا گیا ہو)۔ لیکن آخر میں یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ محض فرجی دخول کہ جس میں تضرر بالکل نہ پہنچے کافی ہے کہ اس کو زنا بالجبر قرار دیا جائے۔

پردہ بکارت کا انشقاق صنفی مجامعت کے علاوہ ہر قسم کی قوت سے بھی واقع ہو سکتا ہے، بشرطیکہ یہ قوت کافی زور دار ہو۔ ذیل کے اسباب سے اس کے مشقوق ہونے کی اطلاع دی گئی ہے۔ حیض کے دوران میں خون کے تھکوں کا وجود۔ ڈفتھیریا (diphtheria) اور دیگر امراض سے پیدا شدہ تقرح، کودنا، گھوڑے کی سواری کرنا کسی سخت ابھار پر گر پڑنا۔ پردہ کے انشقاق کا ایک سبب جلق بھی بیان کیا گیا ہے۔ لیکن بغیر کافی دلائل کے۔ تاہم جلق کی عادت کی اکثر مثالوں میں پردہ بکارت صحیح وسالم پایا جائے گا کیونکہ یہ دست درزی پردۂ بکارت کے سامنے کے حصص تک محدود رہتی ہے۔ طبّی امتحانات اور اطلاقات سے بھی پردہ بکارت کو تضرر پہنچ سکتا ہے۔ ان میں سے پردۂ بکارت کے تضرر یا عدم وجود کے بعض اسباب تو معقول ہیں لیکن بعض بعید از قیاس ہیں ہر مثال کا

فیصلہ اس کی ذاتی خصوصیات کی بنا پر کرنا چاہئیے۔
ممکن ہے قضیب کا کامل دخول بھی ہو جائے اور پھر بھی پردۂ بکارت کو کوئی تضرر نہ پہنچے۔ اس کے لئے جو حالات ضروری ہیں وہ بیان کئے جا چکے ہیں۔ یعنی پردہ بکارت کا ڈھیلا یا لچکدار ہونا اور قضیب کا بہت زیادہ حجیم نہ ہونا۔ ممکن ہے کہ مجامعت کے متواتر افعال کا بھی سوائے اس کے کچھ نتیجہ نہ ہو۔ کہ پردہ بکارت کے وارپار یا اوپر جو روزن ہے وہ ذرا زیادہ بڑا ہو جائے۔ ایک بڑے روزن کی موجودگی سے اسوقت جبکہ غشاء کے کنارے صحیح و سالم ہوں کوئی نتیجہ مستنبط نہیں کیا جا سکتا۔ ممکن ہے کہ یہ اس حصے کی قدرتی حالت ہو۔ ہبرڈا[1] (Haberda) نے بیان کیا ہے۔ کہ وہ ۱۰ سال سے لیکر ۲۰ سال کی عمر کی لڑکیوں کے زنا بالجبر کی وارداتوں میں کہ جن کے تناسلی اعضا کا اس نے معائنہ کیا، ۵۰ فیصدی میں ازالۂ بکارت کے تشریحی نشان شناخت نہ کر سکا۔ حالانکہ ان لڑکیوں نے کہ جن کے متعلق یہ مقدمات تھے، اقرار کیا کہ کامل مجامعت ہو چکی ہے، بلکہ بعض مثالوں میں ایک سے زیادہ مرتبہ مجامعت کی گئی تھی۔ ڈھیلے پردہ کی راہ سے کامل مجامعت کرنے میں اور مجامعت کی اس شکل میں کہ جس میں ایک سخت پردہ کے چھوٹے سے روزن کی راہ سے حاملہ کر دیا جاتا ہے، اور ایک بار آور مجامعت ہونے کے باوجود یہ مجامعت نامکمل ہی رہتی ہے، دونوں کے درمیان فرق کرنا ضروری ہے۔ استثنائی طور پر پردۂ بکارت سخت بھی ہوتا ہے اور لچکدار بھی ہوتا ہے۔ مشکا (Maschka) نے ایک رنڈی کی مثال بیان کی ہے کہ جس میں اس قسم کا غیر متضرر پردہ بکارت موجود تھا، حالانکہ مکمل مجامعت متواتر ہوتی رہی تھی۔
زنا بالجبر کا کہ جس میں انزال ہو ارتکاب نہایت کمسن بچوں کے ساتھ کیا جا سکتا ہے بغیر اس کے کہ ان کا پردۂ بکارت ذرا بھی متضرر ہو۔ ان کے بیرونی تناسلی اعضا اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ ان میں بالغ ذکر داخل ہو نہیں سکتا اور پردہ بکارت بھی گہرائی پر واقع ہوتا ہے بشرطیکہ اتنا زیادہ جبر عمل میں نہ لایا جائے کہ جو حصص کو پھاڑ کر الگ

[1] Monatsschrift f. Geburtshulfe u. Gynakol, 1899

کر دے عصمت دری انجام دینا ممکن ہے بغیر اس کے کہ اس کے ارتکاب کا کوئی اوپری شائبہ باقی رہے ۔ یہ بھی ممکن ہے کہ کسی کمسن بچی کے ساتھ اس درجہ کا جبر عمل میں لایا جائے کہ وہ حصص کو پھاڑ نہ سکے لیکن اس کے باوجود اتنا زیادہ ہو کہ بعد میں بیرونی اعضا کا اغتشاث ہو جائے ۔ اس قسم کی وارداتوں میں فرج کا وہ مرضیاتی اغتشاث بھی یاد رکھنا چاہئے جو آکلتہ الفم (noma) یا ڈفتھیریا (diphtheria) یا تپ محرقہ (enterica) یا چیچک (variola) وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے۔ کمسن بچیوں کے ساتھ صنفی جبر کرنے سے گاہے عجیب قسم کے تضررات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ڈراف مسٹر[۹۵] (Dorffmeister) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے جس کی عمر ۸ سال اور ۵ ماہ تھی ۔ ½ ۱۴ سالہ لڑکے کے ساتھ مجامعت کرنے سے اس کے مجری البول کی غشا و مخاطی کامل طور پر ساقط ہو گئی ۔

96

شادی شدہ عورتوں میں جہاں تک کہ تناسلی اعضا کا تعلق ہے ممکن ہے کہ زنا بالجبر کی امارات مفقود ہوں جن حالات کی وجہ سے ایسا ہوتا ہے وہ ان حالات کی ضد ہوتے ہیں جو کہ کمسن بچوں میں پائے جاتے ہیں ۔ اگر عورت مجامعت کی عادی ہو تو اس کے حصص کو بعد کی مجامعت سے کوئی تضرر نہیں پہنچتا، بالعموم باوجود اس امر کے کہ فعل جبر کے ساتھ ہی انجام دیا جاتا ہے ۔ شادی شدہ عورتوں میں مجرمانہ حملہ کی علامات کو مہبل کے اندر حیوانات منی کے وجود اور بالخصوص جسم کے مختلف حصوں پر کوفتگی کے نشانات کی صورت میں تلاش کرنا چاہئے۔ بالعموم یہ جرم ایسے حالات کے ماتحت کیا جاتا ہے جن سے کسی عیار عورت کا زنا بالجبر کا اتہام تراشنا آسان ہے ۔ اور ملزم کے لئے اس اتہام کی تردید کرنا مشکل ہوتا ہے اس جرم کو ایسی شدید اور ہمہ گیر نفرت کی نگاہ سے دیکھا جاتا ہے کہ مظلومہ یا مفروضہ مظلومہ کو فوراً ہمدردی حاصل ہو جاتی ہے ۔ بدقسمتی سے یہ واقعہ ہے کہ زنا بالجبر کے بے بنیاد اتہامات کثیر الوقوع ہیں، اور ایسے واقعات میں ایک بے گناہ ملزم اس خسارے میں رہتا ہے کہ عوام مستغیثہ کے بیانات کو

۹۵ Triedreich's Blatter f. ger. Med., 1887

شک لائے بغیر تسلیم کرنے پر مائل ہو جاتے ہیں۔ نہ صرف عورتیں اور سن تمیز کی لڑکیاں ہی ایسے اتہامات تراشتی ہیں بلکہ وقتاً فوقتاً ایسے واقعات بھی ظہور پذیر ہوتے ہیں کہ مائیں نہایت چھوٹے بچوں کو یہ سبق پڑھا دیتی ہیں کہ وہ کسی آدمی پر جس کو کسی خاص غرض کے پیش نظر، مثلاً اس سے بجبر روپیہ حاصل کرنے یا انتقام لینے کے لئے منتخب کر لیا جاتا ہے الزام عائد کریں اور ان کو نہ صرف یہ سکھایا جاتا ہے کہ وہ کیا قصہ بیان کریں، بلکہ ان پر اس طرح دست درازی کی جاتی ہے، کہ ان میں ایک مجرمانہ حملے سے پیدا شدہ علامات کے مماثل طبعی علامات پیدا ہو جاتی ہیں، جس سے ان کے بیانات کی تصدیق ہو۔ فورنیر[۱] (Fournier) نے ایک آٹھ سالہ لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے، جس کے متعلق یہ کہا گیا۔ کہ وہ ایک مجرمانہ حملے کی شکار ہوئی ہے۔ شخص ملزم زیر حراست تھا۔ بچی کے امتحان سے یہ ظاہر ہوا کہ فرج میں شدید التہاب اور شفرتین پر قروح موجود ہیں، اور تمام حصص سبز ریم سے تر بتر ہیں۔ پردۂ بکارت صحیح سالم ہے اور کنج ران کے غدود پھولے ہوئے ہیں۔ بالآخر کچھ وقت کے بعد یہ معلوم ہوا کہ یہ تضررات بچی کی ماں نے کالک کے برش کی رگڑ سے پیدا کئے ہیں، اور ان کی توجیہہ کے لئے بچی کو ایک مناسب الزام کی پٹی بھی پڑھا دی گئی ہے۔ اس قسم کے واقعات میں جس استقلال اور ہٹ سے بچی اپنے قصے کو دہراتی ہے وہ تعجب خیز ہے۔ راز افشا کرنے کی صورت میں سخت سزا دینے کی جو دھمکی ماں نے دی ہوتی ہے، بچی کو اپنی بات پر قائم رکھنے کے لئے اس کا بے حد اثر پڑتا ہے۔ اگر بچی کو سخت مجبور کر دیا جائے گا تو وہ پھوٹ کر رو پڑے گی تاہم اس وقت اس سے زیادہ علم حاصل نہ ہو سکے گا۔ اس واقعہ میں جو ابھی بیان کیا گیا ہے، صرف بچی کو ایک گڑیا کے وعدہ کی تحریص سے صداقت کھل گئی جب بچی کا آخری بیان ماں کے روبرو دلوایا گیا تو ماں نے فریب دہی کا اقرار کر لیا۔

جب زنا بالجبر کا ارتکاب کیا جاتا ہے تو بالعموم شکار اور اس کی عصمت دری

---

[۱] Bull de l'Acad. de med., Paris, 1880

کرنے والے کے سوا کوئی دوسرا موجود نہیں ہوتا۔ چنانچہ حکام عدالت مستغیثہ کی براہ راست شہادت کے علاوہ موید شہادت تلاش کرتے ہیں۔ اور اہم ترین موید شہادت مستغیثہ کے طبی امتحان سے حاصل ہوتی ہے، لیکن اس کی قیمت معتدبہ طور پر اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ایک ایسی لڑکی کے جسم کا جو ارتکاب جبر کے وقت تک بے ولغ ہے، جلد امتحان کیا جائے تو اس امتحان سے بہت زیادہ معلومات حاصل ہوتے ہیں بہ نسبت اس امتحان کے جو ایک صنفی مجامعت کی عادی عورت کا ارتکاب جرم سے کئی دن بعد کیا جاتا ہے۔ اس بات کے مدنظر کہ فرجی دخول بلا انزال (جس سے ضرور نہیں کہ کوئی نشان باقی رہے)، زنا بالجبر قرار دیے جانے کے لئے کافی ہے، شائد یہ سمجھ لیا جائے کہ طبی امتحان بے سود ہوتا ہے۔ لیکن واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں تفضیب میں اور ان حصص میں جو پردۂ بکارت سے مقدم واقع ہیں خالی تماس سے کچھ زیادہ واقع ہوتا ہے چنانچہ اسی کی وجہ سے جبر کے نشانات بھی دکھائی دیتے ہیں۔ اگرچہ زنا بالجبر قرار دیے جانے کے لئے انزال ہونا شرط نہیں ہے لیکن یہ انزال اکثر واقع ہوتا ہے، جس سے فعل کے نشانات باقی رہ جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں جسم کے مختلف حصوں پر کوفتگیاں پائے جانے سے بیش قیمت معلومات حاصل ہوتے ہیں۔ ان کا سبب عصمت دری کرنے والے کی وہ کوششیں ہیں جو مظلومہ کی مزاحمت پر غالب آنے کی غرض سے کی جاتی ہیں۔ اگرچہ ان کوفتگیوں کے وجود کو مناسب اہمیت دینے کی ضرورت ہے، لیکن اس امر کے متعلق کہ وہ کس اسلوب پر پیدا کی گئی ہیں۔ کوئی بات بالادعا بیان کرنا خالی از خطا نہ ہوگا مثلاً رین بوتھ[1] (Reineboth) نے ایک تیرہ سالہ لڑکی کا معائنہ کیا جس کے متعلق یہ بیان کیا گیا تھا کہ وہ مجرمانہ جبر کا شکار ہوئی ہے۔ اس کی رانوں پر ایک خاص شکل کی کوفتگیاں ملیں ان کا محل وقوع بالکل ایسا تھا جو رانوں کو پکڑ کر جدا کرنے کے فعل میں دونوں ہاتھوں کی انگلیوں اور انگوٹھوں کے سروں کا ہوتا ہے۔ لیکن دراصل یہ کوفتگیاں ایک دوہری کی ہوئی

87

[1] Vierteljahrsschr. F. ger. Med., 1896

ڈوری سے پیدا ہوئی تھیں جس سے لڑکی کے باپ نے اس کو بستر پر پڑے ہوئے ہنزادی تھی۔ لباس پر کے خون اور منی کے دھبے بھی اہمیت رکھتے ہیں۔ آخراً سوزاک اور آتشک کا وجود بھی سلسلۂ شہادت کی ایک کڑی ثابت ہو سکتا ہے۔

زنا بالجبر کے واقعات میں طبی امتحان

اگر طبیب کو کسی عورت کا امتحان کرنا ہو اور یہ امتحان کسی بھی ایسے معاملہ سے تعلق رکھتا ہو جس میں صنفی اعضا کا معائنہ لازم آتا ہو تو اس طبیب کا پہلا فرض یہ ہے کہ اس عورت کی اجازت حاصل کرے۔ قانون عورت کے بدن کو قابل حرمت قرار دیتا ہے، اور عورت کی اجازت کے بغیر جو امتحان کیا جائے اس کو ایک ناشائستہ حملہ قرار دیتا ہے۔ کوئی حاکم عورت کے اس استحقاق کو منسوخ نہیں کر سکتا۔ لہٰذا اگر کسی طبیب سے اسکے متعلق لغزش ہو جائے تو وہ مجسٹریٹ یا حاکم کو توالی یا کسی دیگر شخص سے موصول شدہ حکمنامہ کا عذر پیش کر کے اپنے کو بچا نہیں سکتا۔ اگر مجسٹریٹ یا کوئی دیگر حاکم ایک طبیب کو کسی عورت کا اس کی بلا اجازت معائنہ کرنے کا حکم دے اور اس حکم کی تعمیل کر دی جائے تو دونوں فریق ایک فوجداری استغاثہ کے مستوجب ہو جائیں گے۔ اور ہرجانہ کے لئے دیوانی نالش بھی دائر ہو سکتی ہے، جیسا کہ کئی ایک طبیبوں کو نقصان برداشت کرنے پر معلوم ہوا ہے۔ اس سوال پر یہاں اس لئے زور دیا جاتا ہے کہ اطبا کو اکثر یہ علم نہیں ہوتا کہ امتحان مستورات میں ان کو کن خطرات کا سامنا ہے۔ یہ کہنا ضروری ہے کہ بھول رضامندی کو آزادانہ اجازت قرار نہیں دیا جا سکتا جو عورت صرف رضامند ہو جاتی ہے اور کوئی کلمۂ احتجاج نہیں کہتی، ممکن ہے کہ بعد میں اس امر سے انکار کر دے کہ اس نے اجازت دی تھی۔ صحیح طریق کار یہ ہے کہ عورت کو مطلوبہ امتحان کی نوعیت

اور اس کا مقصد سمجھا دیا جائے اور پھر پوچھا جائے کہ کیا وہ اس کے کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ رضامند کرنے کے لئے ہرگز جبر یا ترغیب کی ضرورت نہیں ہے۔ یعنی عورت کو یہ اجازت اپنی آزادانہ مرضی سے دینی چاہئے۔ اگر ایسی عورتوں سے واسطہ پڑے جن سے طبیب ناآشنا ہو تو اس صورت میں اور نیز تمام طبی قانونی مقدمات میں، یہ ضروری ہے کہ کوئی معزز شخص اجازت دیے جانے کے وقت اجازت کو سنے۔ زنا بالجبر کے واقعہ میں اگر مستغیثہ امتحان کی اجازت نہ دے تو طبیب کو چاہیے کہ اس حاکم کو اس امر کی اطلاع دے کہ جس سے اس کو امتحان کا حکم ملا ہو۔ کمسن لڑکیوں میں اگر ممکن ہو تو امتحان کرنے سے پیشتر ان کے باپ یا ماں یا سب سے قریبی رشتہ دار کی اجازت حاصل کرنی چاہئے۔

جس واقعہ میں زنا بالجبر کا ادعا ہو، اس میں عورت کے اعضا تناسلی کا معائنہ بہت مکمل طور پر کرنا چاہئے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ جو شہادت دیتی ہے وہ صرف ظاہری امور کے بیان پر ہی شامل نہیں ہوگی۔ بلکہ کن امور کا مشاہدہ کیا جا سکتا تھا اور کن امور کا مشاہدہ کرنے کی ضرورت تھی ان چیزوں کے متعلق بھی سوالات پوچھے جا سکتے ہیں۔ مکمل امتحان کو ممکن بنانے کے لئے یہ ضروری ہے کہ عورت کو ایسی وضع میں رکھا جائے کہ اسکی رانیں ایک دوسری سے اچھی طرح الگ ہوں۔ ایسا بہت کم ہوتا ہے کہ جب تک شفرتین کو اچھی طرح کھول کر جھلی کو نہ تانا جائے پردۂ بکارت کے تضررات کافی طور پر واضح ہو جائیں چنانچہ اس غرض کے لئے مصاۃ شگاف (lithotomy) کی وضع نہایت عمدہ ہے۔ خاصکر کمسن بچوں میں چونکہ پردہ بہت گہرائی پر واقع ہوتا ہے لہذا جب تک خلفی حصص کو اچھی طرح تان کر نہ کھولا جائے ان کا معائنہ نہیں کیا جا سکتا۔ تازہ وار داتوں میں حصص اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ علیحدگی سے جس کی ضرورت ہوتی ہے درد ہوتا ہے۔ اور ہم پہلو عضلوں میں تشنجی استواری پیدا ہو جاتی ہے۔ جس سے ممکن ہے کہ علیحدگی کے فعل میں دقت پیش آئے۔ چنانچہ بچوں میں تو تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے۔ اگر الیمیت کے زائل ہونے تک انتظار کیا جائے تو متضررہ حصص کا ایسی حالت میں معائنہ کا موقعہ کہ جس میں ان سے صحیح ترین معلومات حاصل ہوتے ہیں کھو جاتا ہے۔ ایک عمدہ تدبیر یہ

88

ہے کہ امتحان کرنے سے پیشتر کوکین ہائڈروکلورائیڈ (cocaine hydro chloride) کے ۲۰ فیصدی محلول کا آزادانہ اطلاق کیا جائے۔ تین چار منٹ کے وقفہ سے ایک دو اطلاقات سے اس درجہ کی مقامی عدم حسیت پیدا ہو جائے گی کہ جس سے امتحان ممکن ہو جائے گا۔ اگر حصص بہت ہی دریدہ ہوں تو عضو کوکین (cocaine) زیادہ عرصہ تک یا زیادہ آزادانہ نہ لگانی چاہئے مبادا تسمی اثرات پیدا ہو جائیں۔ کیونکہ تازہ خام سطحیں نہایت جاذب ہوتی ہیں۔

پردۂ بکارت کے تازہ تضرر کی صورت میں متذکرہ صدر حالات پائے جائیں گے۔ اگر کسی عورت کی عصمت دری حال میں کی گئی ہو اس میں لحیمات آسیہ (carunculae myrtiformes) کا وجود سابقہ افعال مجامعت پر دلالت کرتا ہے۔ تمام تضررات کو غور سے ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اور ان کی پوری پوری وسعت دریافت کرنی چاہئے۔ مثلاً بچوں میں اور بعض اوقات بالغ بالغ عورتوں میں جب حد سے زیادہ جبر استعمال کیا جاتا ہے تو عجان مشقوق ہو جاتا ہے۔ خون کی کس قدر مقدار کا انصباب ہوا ہے اس کا اندازہ نیچے کے لباس کی حالت سے لگانا چاہئے۔ مہبل کے مشمولات کا کچھ نمونہ شیشے کی ڈنڈی کے ذریعہ الگ کر کے اس خوردبین کے نیچے معائنہ کرنا چاہئے کہ اس میں حیوانات منوی ہیں یا نہیں۔ جسم کی تمام سطح کا اور بالخصوص رانوں کلائیوں اور گردن کا معائنہ کرنا چاہئے کہ ان پر کونتگیاں خراشیں یا جبر کی دیگر علامات ہیں یا نہیں۔ اوپر کے لباس میں کیچڑ اور روغن سے پیدا شدہ دھبے اور چاک تلاش کرنے چاہئیں اور اگر یہ موجود ہوں تو ان کا محل وقوع ملاحظہ کرنا چاہئے۔ نیچے کے لباس کا غور سے معائنہ کرنا چاہئے کہ اس پر خون اور منی کے دھبے تو نہیں ہیں۔ اگر لنن (linen) متوسط طور پر بھی صاف ہو تو منی سے پیدا شدہ دھبے قطعات کے طور پر دکھائی دیتے ہیں جن کی رنگت غیر واضح ہوتی ہے لیکن جن کا رنگ باقی کپڑے سے کسی قدر مختلف ہوتا ہے۔ اس کپڑے کا یہ دھبے والا حصہ اکڑا ہوا ہوتا ہے۔ کمزور گوند کے پانی کا ایک قطرہ خالی آنکھ کے سامنے بالکل اسی طرح کا منظر پیش کرتا ہے جب کپڑوں پر ان مشتبہ صورت کے دھبوں کا

محل وقوع ملاحظہ کرلیا جائے، تو ان تمام کو باحتیاط کاٹ کر نکال لینا چاہیئے، اور آئندہ تفتیش کی خاطر محفوظ رکھ چھوڑنا چاہیئے ۔ داغدار حصے سے مکانی مداخلت کرنے یا اس کو رگڑنے سے محترز رہنا چاہیئے ۔ ادنیٰ طبقہ کے لوگوں میں نیچے کے کپڑے اکثر نہایت ہی غلیظ ہوتے ہیں ۔ علاوہ اس میلے پن کے جو ان کو دیر تک پہنے رکھنے سے پیدا ہو جاتا ہے ممکن ہے وہ برازی مادے بول اور شاید حیض کے خون سے آلودہ ہوں جب یہ صورت حال ہو تو منی کے دھبوں کا پہچاننا مشکل ہو جاتا ہے ۔ خون کے دھبوں سے ملتے جلتے دھبوں کو بھی کاٹ کر نکال لینا چاہیئے ۔ موجودہ حیض یا حالیہ حیض کے متعلق معلومات حاصل کرنی چاہیئے اور زہروی مرض کا وجود یا عدم وجود ملاحظہ کرنا چاہیے ۔

جس عورت کے ساتھ زنا بالجبر کا ارتکاب کئے جانے کا شبہ ہو اس کی لاش کا معائنہ بھی اسی طریق پر کرنا چاہیئے جو ذی حیات کی صورت میں اختیار کیا جاتا ہے ۔ طبیب کو اس جرح کے جواب کیلئے تیار رہنا چاہیئے کہ آیا یہ ممکن ہے کہ کوشش ظاہر کرنے والا انقطو بعد الموت دھبوں سے پیدا ہوا ہے آیا زنا بالجبر سے پیدا شدہ تضررات ہلاکت واقع کرنے کے لئے کافی تھے ۔ آیا مخصوص تضرر یا زخم موت سے قبل لگے ہیں یا بعد ۔ ان کو لگانے کے لئے کیا ممکن ذرائع استعمال کئے گئے ہیں ۔ جہاں لاش ملی ہو اگر پہلے پہل اسی جگہ پر معائنہ کیا جائے تو جسم کی عمومی وضع اور جوارح اور لباس کی وضع کی طرف توجہ مبذول کرنی چاہیئے ۔ کشمکش کے نشانات کے لئے ماحول کی تحقیقات کرنے کی ضرورت ہے بالخصوص اگر لاش مکان کے باہر سے ملے ۔ نقوش پا کو جانچنا چاہیئے اور ضرورت پڑے تو صفحہ 55 پر بیان کردہ طریقہ سے ان کا ٹھپہ لینا چاہیے ۔ زمین کی خصوصیات یعنی اسکا ریتیلی (clayey) یا مٹی وغیرہ کی ہونا ملاحظہ کرنا چاہیئے ۔ اور اگر اس کا منظر نمایاں طور پر امتیازی ہو ۔ تو اس کا کچھ نمونہ محفوظ رکھ چھوڑنا چاہیئے تاکہ اگر ملزم کے جوتوں پر کچھ مٹی ہو تو اس کے ساتھ اس کا مقابلہ کیا جائے ۔ یہ امر بھی دریافت کرنا چاہیئے کہ ارتکاب جرم کے وقت موسم کی کیا کیفیت تھی اگر مشتبہ شخص گرفتار

ہو جائے تو اس سے کچھ سراغ مل سکتا ہے۔ لاش کا مابعد امتحان اتنا مکمل طور پر ہونا چاہئے کہ گواہ ان امور کے متعلق کہ ہڈیوں کے اور خاص کر جمجمہ کے کسور موجود ہیں یا نہیں اندرونی اعضا کی کیا حالت ہے، جسم کے قدرتی روزنوں میں کوئی جسم غریبہ موجود ہے یا نہیں تصدیق کر سکے اگر ہلاکت دم گھٹنے سے ہوئی ہو (جو مہلک مجرمانہ حملوں میں موت کا ایک عام سبب ہے) تو ممکن ہے کہ اختناق کی وجہ سے جسم پر جابجا کدمات پائے جائیں۔ لیڈیارڈ (Lediard) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ مہبل کی غشاء مخاطی کے نیچے ایسے نزفات کے پائے جانے اور ان پر مقامی تشدد کی امارت کا دھوکا ہونے کا امکان ہے۔ مہبلی کدمات موجود ہوں تو طبیب کو جسم کے دیگر حصص میں متناظر عا بد ریاں تلاش کرنی چاہئیں۔

اگر ملزم زیر حراست ہو تو غالباً اس کے جسم اور لباس کا امتحان کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اس قسم کے امتحان کے لئے عورت کی طرف سے اجازت کی ضرورت کے متعلق جو کچھ پہلے کہا جا چکا ہے، اس کا اطلاق ویسی ہی مناسبت کے ساتھ مرد پر بھی ہوتا ہے۔ کسی شخص کو اس امر کا قانونی حق حاصل نہیں ہے کہ وہ کسی مرد کے اعضائے تناسلی کا امتحان اس کی بلا رضامندی کرے یا کرنے کا حکم صادر کرے۔ مزید براں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اگر کو تنگیوں (حرا جسوں) یا مظلومہ سے ماخوذ بالوں کی موجودگی کی خاطر ملزم کے کسی حصے کا امتحان قرین مصلحت سمجھا جائے تو نہ صرف اس کی اجازت حاصل کرنا ضروری ہے، بلکہ امتحان کرنے سے پہلے ملزم کو اس امر کی بھی اطلاع دے دینا چاہئے کہ اگر ایسی علامات پائی گئیں جو اس کو مجرم ظاہر کرنے کا رجحان رکھتی ہوں تو بوقت سماعت ان سے فائدہ اٹھایا جائے گا۔

سوائے اس صورت کے جب کہ عصمت دریدہ عورت میں تناسلی مرض منتقل ہو گیا ہو اور ملزم میں بھی اس سے مماثل مرض کا وجود پایا جائے جو سلسلہ شہادت کی کڑی بناتا ہو۔ عام طور پر مرد کے امتحان سے بہت کم معلومات حاصل ہوتی ہے۔ اگر مجری البول میں یا قمیص پر حیوانات منی پائے جائیں تو ان کی موجودگی کی توجیہہ یہ کہہ کر بھی کی جاسکتی ہے کہ عصمت دریدہ عورت کے

سوا کسی دیگر عورت کے ساتھ حال ہی میں مجامعت کی گئی ہے یا یہ کہ بلا مجامعت کے انزال ہو گیا ہے اگر مجری البول میں حیوانات منی بالکل نہ پائے جائیں جیسا اغلب ہے تو اس سے تازہ انزال کی نفی نہیں ہوتی۔ کیونکہ پیشاب کرنے سے تمام شائبات دھل کر دور ہو جاتے ہیں۔ مرد میں جن نقاط کا ملاحظہ کرنا چاہیے وہ یہ ہیں جسم یا لباس پر حیوانات منی اور خون کے دھبوں کی موجودگی۔(باکرہ کے ساتھ زنا بالجبر کے واقعہ میں خون کے شائبات کو بالخصوص قلفہ کے نیچے اور لجام (frenum) کے قرب وجوار میں تلاش کرنا چاہیے)، بیرونی لباس کی حالت چاکوں اور مختلف قسم کے داغوں کے لحاظ سے کیا ہے جوتوں کے ساتھ کچھ مٹی یا کیچڑ چپٹا ہوا ہونا۔ چہرے یا جسم کے دیگر حصص پر تازہ خراش۔ کوٹ یا پتلون پر لپٹے بالوں کی موجودگی (جب بال ملیں تو ان کو مظلومہ کے بالوں سے مقابلہ کرنے کی خاطر محفوظ رکھنا چاہیے)۔ مزید براں مرد کی عمومی ساخت بغور مشاہدہ کرنی چاہیے تاکہ اس کی جسمانی قوت کا اندازہ کیا جا سکے یعنی آیا وہ اتنا طاقت ور دکھائی دیتا ہے کہ مستغیثہ جیسی عورت کو زیر کر سکے۔

منوی دھبوں کا امتحان

جب مہبل سے مخاط کا ایک قطرہ اس غرض سے کہ اس میں حیوانات منی کے وجود یا عدم وجود کا پتہ لگایا جائے لے لیا جائے تو پھر صرف اس امر کی ضرورت ہے کہ مخاط کو ایک تختی پر رکھکر اور شیشے کے پتلے ڈھکنے سے ڈھانک کر ۳۰۰ سے ۴۰۰ قطر تک کی طاقت کے ساتھ امتحان کیا جائے۔ اگر منی کسی کپڑے پر جم کر خشک ہو گئی ہو تو حیوانات منی کو نرم کرنے کی ضرورت ہے۔ اور سیال کے البیومن کے تکاثف کی وجہ سے جس سطح کے ساتھ وہ چپک گئے ہیں اس سے آزاد کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر آب خالص استعمال کیا جائے تو حیوانات منی میں اس ... جانے کا رجحان پایا جاتا ہے کہ وہ پارہ پارہ ہو جاتے

90

ہیں۔اس امر کے متعلق کہ فلاں نمونہ میں حیوانات منی موجود ہیں حلفیہ شہادت اسی صورت میں جائز ہو سکتی ہے کہ ایک یا زیادہ کو اپنی مکمل شکل میں دیکھا جائے۔ سر اور رشتک فرداً فرداً جو منظر پیش کرتے ہیں وہ بھی بہت ہی معنی خیز ہوتا ہے تاہم اس کو قطعی شہادت قرار نہیں دیا جا سکتا لہٰذا یہ ضروری ہے کہ سر اور رشتک کے جدا ہو جانے کے خطرے کو گھٹانے کے لئے احتیاطیں کی جائیں سب سے پہلی احتیاط یہ ہے کہ کپڑے کو بلا ضرورت چھیڑنے جھاڑنے سے اجتناب کیا جائے اور داغدار حصوں کو شکن ڈالے بغیر چپٹا رکھا جائے۔ دوسری یہ ہے کہ نرم کرنے کے لئے کوئی ایسا سیال استعمال کیا جائے جو حیوانات منی کو حد سے زیادہ نہ پھلائے۔ انگر (Ungar)[لہ] نے اس مطلب کے لئے آب کشیدہ میں ہائیڈروکلورک ترشہ کے نہایت ہی ہلکے محلول کی تعریف کی ہے [۴۰ کیوبک سنٹی میٹر (cubic centimeter) میں ایک قطرہ]۔ اس ترشہ آمیز پانی کے چند قطرے گھڑی کے شیشے میں، داغدار کپڑے کی ایک چھوٹی سی دھجی کے ہمراہ اس طور پر رکھ دیے جاتے ہیں کہ دھجی کا زیریں سرا سیال میں ڈوبا رہتا ہے۔ نرم ہونے کے لئے کس قدر مدت درکار ہے یہ داغ کی عمر کے لحاظ سے چند منٹوں سے لیکر کئی گھنٹوں تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مناسب یہ ہے کہ حیوانات منی کو جدا کرنے سے پیشتر البیومن کو خوب ہی نرم کر لیا جائے ورنہ یہ حیوانات ٹوٹ جائیں گے۔ اگر ترشہ آمیز پانی میں کپڑے کا صرف نچلا سرا ڈوبا ہوا ہو تو حیوانات منی کے قبل از وقت جدا ہو جانے کا بہت کم احتمال ہے۔ اور یہ بہتر ہے کہ ضرورت سے زیادہ وقت دیا جائے بہ نسبت اس کے کہ ضرورت سے کم وقت دیا جائے۔ چنانچہ پرانے داغوں کے لئے چار سے پانچ گھنٹے تک کی مدت صرف ہوتی ہے۔ جب کپڑے کا ٹکڑا کامل طور پر نرم ہو جائے تو اس کو کیستی کلاب کے ذریعہ اٹھا کر خوردبینی تختی پر آہستہ سے مل دیا جاتا ہے۔ اور جماؤ جو اس طرح حاصل ہوتا ہے اس کو ایک شیشے کے پتلے سے ڈھکنے سے ڈھانک کر مذکورہ بالا

لہ Vierteljahrsschr. f. ger. Med 1886

ہدایت کے مطابق اس کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ چونکہ حیوانات منی نہایت ہی نیم شفاف اجسام ہیں لہذا ان کو ملون کرنے کی تجویز کی گئی ہے تاکہ ان کو زیادہ مرئی بنایا جا سکے۔ اس کے لئے خشک یا تر کوئی بھی طریقہ اختیار کیا جا سکتا ہے۔ انگر (Ungar) نے خشک طریق کار کے لئے ایک دوہرے لون کی سفارش کی ہے۔ یہ طریقہ اس طرح انجام دیا جاتا ہے۔ جب کپڑے کی دھجی میں ترشہ آمیز پانی سے مناسب نداہٹ پیدا ہو جائے تو اس کو کلاب کے ذریعہ نکال کر کچھ دیر تک نچڑنے دیا جاتا ہے بعدہٗ شیشے کے پتلے سے ڈھکنے پر اسکو اس طرح مل دیا جاتا ہے کہ شیشہ پر کچھ جماؤ باقی رہ جائے۔ پھر اس کو گرد و پیش کی ہوا کے درجۂ تپش پر خشک ہونے دیا جاتا ہے۔ جب خشک ہو چکے تو ڈھکنے کو کلاب سے پکڑ کر اور اسکے جماؤ والے رُخ کو اوپر کی طرف رکھ کر بنسن (Bunsen) کے شعلہ پر سے جلد جلد گذارا جاتا ہے۔ تاکہ یہ جماؤ خوب سخت ہو جائے۔ پھر جب یہ ٹھنڈا ہو جائے تو شیشے کے ڈھکنے کو اس کا جماؤ والا رخ نیچے کی طرف رکھکر گھڑی کے شیشے میں پڑے ہوئے ایوسین (eosine) کے محلول پر تیرایا جاتا ہے۔ اس محلول کی ترکیب یہ ہوتی ہے۔ ایوسین (eosine) ۲۶۵ ملعب گرام الکحل ۳۰ ملعب سنٹی میٹرا اور آب کشید ہ ۷۰ مکعب سنٹی میٹر گھڑی کے شیشے اور اس کے مشمولات کو ڈھانپ دیا جاتا ہے تاکہ تبخیر سست ہو جائے اور ایک گھنٹہ تک پڑے رہنے دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد شیشے کے ڈھکنے کو اتار لیا جاتا ہے نچوڑا جاتا ہے اور کھلا رکھا جاتا ہے حتیٰ کہ یہ خشک ہو جاتا ہے۔ پھر اس کو ایک حصہ الکحل اور ۲ حصے پانی کے ساتھ ہلکے سے دھو ڈالا جاتا ہے۔

اگلا قدم یہ ہے کہ شیشے کے ڈھکنے کو فریڈلینڈر (Friedlander) کے لاگ وڈ (Logwood) کے محول میں چند منٹ سے لیکر ایک یا زیادہ گھنٹہ تک کے لئے پڑا رہنے دیا جاتا ہے۔ مدت کسی قدر ہوتی چاہیئے اس کا انحصار لون کے عمل پر ہے جو اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بعدہٗ تجھیز کو دھو کر اس کا عام طریقہ کے مطابق امتحان کیا جاتا ہے۔ اس سے جو نتائج حاصل ہوتے ہیں وہ یہ ہیں۔ سر کا پچھلا حصہ ملون ہو کر سیاہی مائل نیلا ہو جاتا ہے اور درمیانی

ٹکڑا اور رشتک تیز سُرخ ہو جاتا ہے۔ اس سے سادہ تر اور آسان تر طریقہ یہ ہے کہ نرم کرنے اور ملون کرنے والے محلولوں کو ممزوج کرکے ایک بنا لیا جاتا ہے۔ میتھل گرین (methyl green) کا محلول (یعنی میتھل گرین ۱۵ء سے لیکر ۲۰ء گرام اور پانی ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر جس میں لونی مادہ کی استعمال شدہ مقدار کے لحاظ سے ہائڈرو کلورک ترشے کے تین سے چھ قطرے تک ملائے جاتے ہیں) اس مقصد کو پورا کرتا ہے۔ منوی دھبے والی کپڑے کی دھجی کو گھڑی کے شیشے میں اس لون کے چند قطروں میں ڈبو دیا جاتا ہے اور کئی گھنٹہ تک پڑی رہنے دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کو کلاب کے ذریعہ اٹھا کر تختی پر حل دیا جاتا ہے۔ پھر جماؤ کا اسی تر حالت میں فی الفور امتحان کیا جاسکتا ہے۔

91

ایک انسانی حیوان منی مندرجہ ذیل چیزوں سے بنا ہوتا ہے۔ ایک سر۔ اس کے ساتھ ڈنڈی کی مانند ایک چھوٹا سا ٹکڑا لگا ہوتا ہے۔ اور یہ ایک طویل اور پتلے رشتک سے مسلسل ہوتا ہے اس کل حیوان کی لمبائی ۰۵ء ۰۶ء ملی میٹر ہوتی ہے۔ اگر سر کو ایک سمت میں دیکھیں تو یہ بیضوی شکل کا نظر آتا ہے اور اگر اس کو جانب سے دیکھیں تو شمع کی لو کے خاکے کی مانند زیادہ نوکدار نظر آتا ہے۔ حیوان منی تمام کا تمام شفاف نخز مایہ سے مرکب ہوتا ہے جو نازک ریشکدار منظر رکھتا ہے۔ ۳۰۰ سے ۴۰۰ قطر کی جو تکبیری طاقت بغرض شناخت استعمال کی جاتی ہے اس سے ساخت کا کوئی نشان نظر نہیں پڑتا۔ حیوانات منی عورت کے تناسلی اعضا میں اپنی قوت کئی گھنٹے تک برقرار رکھتے ہیں اور انزال کے بعد سات آٹھ دن تک فعال پائے گئے ہیں۔ فعلیت ختم ہونے کے بعد وہ اپنی شکل کو ایک تقریباً غیر معین مدت تک قائم رکھتے ہیں۔ معتنذکرہ صدر طریقوں کی مدد سے کئی سال کے پرانے منوی داغ پہچانے جاسکتے ہیں

فلورنس[1] (Florence) نے منی کے لئے ایک کیمیاوی امتحان ایجاد کیا ہے۔ آئوڈین

---

[1] Arch. d'Anthrop. Crim., 1896

(iodinc) اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) کے تیزابی محلول کا
د اس میں آیوڈین کی افراط ہوتی ہے) ایک قطرہ ایک ایسے سیال کے ایک قطرہ سے ملایا جاتا ہے جو منوی
داغ کو ذرا سے پانی میں بھگونے سے حاصل ہوتا ہے۔ فوراً ایک رسوب پیدا ہو جاتا ہے۔
جو خردبین کے نیچے قلموں کا بنا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ قلم شکل اور رنگ دونوں کے
اعتبار سے ہیمین (hæmin) کی قلموں کے ساتھ انتہائی مشابہت رکھتے ہیں۔ جانسٹن[1]
(Johnston) نے اس امتحان کی مدد سے متعدد لاشوں کے منوی افراز کا امتحان کیا۔
اور ہر ایک میں مثبت تعامل حاصل کیا۔ بجز دو لاشوں کے جن میں کیسکہائے منوی اور غدہ
قدامیہ کا مرض تھا۔ اگرچہ ان میں بھی حیوانات منی موجود تھے۔ پوسنر[2] (Posner) نے یہ
یہ تعامل عدم الحیوانات منویہ (azoospermia) کی اصابتوں میں اور نیز بیضی یافت کے
خلاصے سے حاصل کیا ہے۔ کارڈائل[3] (Cardile) بیان کرتا ہے۔ کہ کولین (choline)
سے اور الاکسن (alloxan) اور زینتھین (xanthine) سلسلے کے متعدد ارکان سے فلورنس
کے قلم حاصل ہوتے ہیں، لہذا یہ پیشاب سے بھی حاصل کئے جا سکتے ہیں۔ بوکیریس[4] (Bocarius)
نے یہ معلوم کیا ہے کہ ادنیٰ جانوروں کے حیوانات منی اور منوی نوعیت کے دیگر نباتی اور
حیوانی مادوں سے بھی فلورنس کے قلم حاصل ہوتے ہیں اور اس نے اس موضوع کے متعلق کل کتابوں
کا حوالہ دیا ہے۔ منی کے متعلق فلورنس کے امتحان کی وہی حیثیت ہے جو کہ خون کے متعلق گوایکم
(guaiacum) کے امتحان کی ہے، یعنی یہ محض ایک ابتدائی امتحان ہوتا ہے۔ بربریو[5] (Berberio)
کا امتحان یہ ہے کہ جب پکرک ترشے کے سیر شدہ محلول کو انسانی منی یا منوی داغ میں ملایا
جاتا ہے تو اس سے چارکاٹ لیڈن (Charcot-Leyden) قلموں جیسا ایک عجیب منظر
پیدا ہو جاتا ہے، لیکن یہ تعامل عام گھریلو حیوانات کی منی اور انسانی عضویہ کے افرازات، ارازات
اور ارتشاحات سے حاصل نہیں ہوتا۔ لیوِنسن[6] (Levinson) نے یہی تعامل ایک ایسے داغ سے

[1] Boston Med. r Surg. Journ., 1897

[2] Berliner klin. Wochenschr., 1897

[3] Arch. di farm. e Terap., 1889

[4] Vierteljahrsschr. f. ger Med., 1901

[5] Med. Leg. Journ. of N. York, 1905-6

[6] Berliner klin. Wochenschr., 1906

حاصل کیا جو کہ تین اور چار سال کے درمیان مدت کا تھا - اس نے یہ معلوم کیا کہ ترقی یافتہ گندیدگی ایک مانع اثر رکھتی ہے۔ یہ تعامل نہ صرف ایسی منی سے حاصل ہوتا ہے جس میں حیوانات منی ہوں بلکہ ایسی منی سے بھی حاصل ہوتا ہے جس میں یہ مفقود ہوں اگرچہ اس حالت میں کم نمایاں طور پر اور کم تیقن کے ساتھ حاصل ہوتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ منی کا کونسا جزو ہے جس کی وجہ سے تعامل ہوتا ہے۔ غالباً یہ تعامل قدامی (prostate) افراز کی وجہ سے ہوتا ہے۔

زنانہ زیر جامہ کے جن حصوں پر داغ کا ملنا سب سے زیادہ قرین قیاس ہے وہ تناسلی اعضا کے قرب میں کرتے (chemise) کا آگا اور پیچھا ہیں۔ یہ امر قابل ملاحظہ ہے کہ حیوانات منی خواہ نہ بھی موجود ہوں تو بھی ممکن ہے کہ داغ منوی سیال کی وجہ سے ہو کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ کسی فرد کی منی میں ایک وقت پر حیوانات منی غائب ہوتے ہیں اور دوسرے وقت پر موجود ہوتے ہیں بہت ہی استثنائی طور پر مہبل کے مخاطی میں بعض شعری یک خلویات (trichomonads) جو مہبلی شعری یک خلویات (trichomonas vaginæ) کے نام سے متعارف ہیں پائے جاتے ہیں۔ اس حقیقت کو کہ یہ موجود ہوتے ہیں بیان کردہ زنا بالجبر کے واقعات میں حیوانات منی کی موجودگی کی شہادت کے کمزور کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ حیوانات منی اور ان شعری یک خلویات (trichomonads) کی تصاویر پر ایک نظر ڈالنا کافی ہوگا (تصاویر 13 ، 14) اور ان کے درمیان جو فرق ہے وہ واضح ہو جائیگا۔ یہ فرق اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ یہ ممکن نہیں کہ کوئی قابل مشاہد ایک پر دوسرے کا دھوکا کھائے۔ شعری یک خلیہ (trichomonad) کے سر کا خاکہ مدور ہوتا ہے، اور یہ سر حیوانِ منی کے سر سے بہت ہی بڑا ہوتا ہے۔ سر بے ساخت نہیں بلکہ دانیدار ہوتا ہے اور اس کی رشتک یا دُم متقابلتہً بہت ہی کوتاہ تر ہوتی ہے۔ حیوانات منی ایسا مخصوص منظر رکھتے ہیں کہ اگر یہ سالم پائے جائیں یعنی سر اور رشتک ایکدوسرے سے مسلسل ہوں تو اس داغ کو جس سے وہ ماخوذ ہوں بلا تامل منوی سیال سے پیدا شدہ قرار دیا جاسکتا ہے۔ لیکن بایں ہمہ یہ امر قابل توجہ ہے کہ کبھی کبھی خوردبینی نمونے کے اندر ایک چیز دکھائی دیتی ہے جو حیوان منی سے عجیب طور پر مشابہ ہوتی ہے حالانکہ اس کی

92

نوعیت ایسی ہوتی ہے۔ کہ حیوان منی کی موجودگی کے امکان کو مستثنےٰ کیا جا سکتا ہے۔ اس لئے بیان کردہ زنا بالجبر کے واقعات میں مناسب یہ ہے کہ ایک سے زیادہ حیوان منی کو شناخت کیا جائے۔

خون کے دھبوں کا امتحان انہی طریقوں کے مطابق کیا جاتا ہے جو صفحہ 57 پر مذکور ہیں۔ یہ ان عورتوں کے زیر جامہ پر ملتے ہیں جن کی عصمت دری ہونا بیان کیا گیا ہو۔ اگر خون کے دھبے موجود ہوں۔ تو یہ ممکن ہے کہ خون اس کپڑے میں جس پر وہ جما ہے مکمل طور پر جذب نہ ہوا ہو۔ جب یہ صورت ہو۔ تو یہ ملاحظہ کرنا چاہئیے۔ کہ دھبہ پہننے والی عورت کے جسم کے لحاظ سے کپڑے کی اندرونی سطح پر ہے یا بیرونی پر ۔ میشکا[۵۱] (Maschka) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے جس میں اس کو یہ معلوم ہوا۔ کہ دھبے کسی پرند کے خون سے پیدا کئے گئے ہیں اور بعدہٗ اس فریب کاری کا اقبال بھی کر لیا گیا۔ رام برگ[۵۲] (Romherg) نے ایک غیر معمولی غلطی کا تذکرہ کیا ہے جو ایک طبیب سے سرزد ہوئی اس نے یہ بیان کیا کہ ایک چھوٹی لڑکی کے کرتے پر کے دھبے علی الترتیب خون اور منی سے پیدا شدہ ہیں، حالانکہ وہ دراصل بچی کے بستر پر لیٹے لیٹے ایک پلم ٹارٹ (plum tart) کھانے سے پیدا ہوئے تھے۔ مفروضہ خون کے دھبوں کی وجہ پلم کا اس تھا اور منوی داغ اس شحمی مادے کی وجہ سے تھا جو کہ پیسٹری (pastry) سے ماخوذ تھا۔

خلاف فطرت صنفی جرائم

اس عنوان کے تحت لواطت (sodomy) اغلام (امرد پرستی) (pedesastia)

---

۵۱ Handbuch. Bd. 3.

۵۲ Caspar-Liman, Bd. 10

لوط الحیوانات (bestiality) اور زنا بالمحرمات (incest) آتے ہیں۔

لواطت سے مراد انسانوں کے درمیان غیر فطری مجامعت ہے جو عام طور پر مذکر صنف کے ہوتے ہیں۔ اس کی متضاد شکل مساحقہ یعنی صنف مونث کے دو انسانوں کے درمیان صنفی جذبات کی تسکین اس ملک میں کوئی خلاف قانون جرم نہیں ہے۔ اغلام لواطت کی وہ قسم ہے جس میں مفعول کا کام کوئی لڑکا انجام دیتا ہے اور فاعل کوئی مرد یا لڑکا ہوتا ہے۔ لوط الحیوانات سے مراد آدمی اور ادنٰے حیوانات کے درمیان مجامعت ہے۔ ان جرائم کا ذکر ۲۴ اور ۲۵ عہد وکٹوریہ چارٹر ۱۰۰ کی ۶۱ ویں دفعہ میں آتا ہے جو کہ حسب ذیل ہے:۔

اگر کوئی شخص کسی انسان یا حیوان کے ساتھ لواطت کے نفرت انگیز جرم کے ارتکاب کا مجرم قرار دیا جائے گا تو وہ عدالت کی مرضی کے مطابق تا دوام یا ایسی مدت تک جو دس سال سے کم نہ ہو گی مشقت تعزیری میں رکھے جانے کا مستوجب ہوگا۔

صنفی تضادلات کی تسبیب (etiology) پر فروڈ (Freud)، فرنزی (Ferenczi) اور دیگروں کی جو انہی کے نقش قدم پر چلے ہیں مساعی نے بہت سی نئی روشنی ڈالی ہے۔ اس مسلک کے مطابق بالغ کی طبیعی صنفی جبلتیں اپنے کمال کو اس وقت پہنچتی ہیں جب فروہئیتوں کے ایک سلسلہ سے گذر چکتا ہے جن کی ابتدا بہت بچپنے سے ہوتی ہے۔ فروڈ (Freud) تو صنفیت کی ابتدا بعض خواہشات کی پُر لطف تسکین میں دیکھتا ہے حتیٰ کہ وہ ماں کی چھاتی چوسنے کے لطف اور تبرز (defæcation) کے پر لطف جذبات کو بھی جو شیر خوار پہلے مہینوں میں محسوس کرتا ہے اس میں شامل کر لیتا ہے۔ بعد ازاں جب دوسروں سے دلچسپی پیدا ہوتی ہے۔ تو طفل ایک دو صنفی مرحلے سے گذرتا ہے، اور اس کے جذبات محبت کا رخ دونوں صنفوں کے اشخاص کی جانب ہوتا ہے، لیکن اکثر اوقات لڑکوں میں ماں کی جانب اور لڑکیوں میں باپ کی جانب ہوتا ہے

ایک ہئیت میں بچے کی محبت اپنے آپ پر مرکوز ہوجاتی ہے۔ اور اس کی وجہ سے اکثر اوقات زمانہ بلوغ تک پہنچنے سے بہت پہلے حلق پایا جاتا ہے۔ طبعی نمو ہوکر یہ مراحل طے ہوجاتے ہیں اور بالآخر متقابل صنف کی طرف طبعی رغبت نمودار ہوتی ہے۔ لیکن بعض مثالوں میں یہ طبعی ترقی ابتدائی مراحل ہی میں سے کسی ایک مرحلہ پر رک جاتی ہے اور فرد جب حیات بلوغ کو پہنچتا ہے تو ہنوز یہ میلان لطف اندوزی کی اسی شکل کی جانب پایا جاتا ہے جو اس خاص مرحلے میں پسند کی جاتی تھی۔ پھر دو صورتیں پیش آتی ہیں۔ عمرانی تعلیم کے نتیجہ کے طور پر فرد ان رحجانات کو اپنے میں تسلیم کرنے سے انکار کرتا ہے جو اس کو دوسروں سے متمیز کرتے ہیں اور اپنے شعور میں ان کو جگہ تک نہیں دیتا، اس سے شعوری اور زیر شعوری نفسوں کے مابین جو جنگ واقع ہوجاتی ہے اس سے نفسی عصبانیت پیدا ہونے کا امکان ہے۔ اس کیفیت پر مزید بحث عصبانیت کی کتابوں سے تعلق رکھتی ہے۔ اس کے برخلاف یہ بھی ہوسکتا ہے کہ فرد اپنے غیر طبعی رحجانات کو شعور میں جگہ دے اور ان کی تسکین کی کوشش کرے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اپنے آپ کو قانون کی زد میں لے آتا ہے۔

ہم صنفیت (homo-sexuality) کی تسبیب اصل میں اس سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہے کہ جتنی متذکرہ صدر اجمالی بیان سے ظاہر ہوتی ہے، اور غالب امر یہ ہے کہ ایک سے زیادہ نفسی رحجان ایسے ہیں جو اس حالت کو پیدا کرتے ہیں۔ فرنزی[1] (Ferenczi) نے مردوں میں دو قسم کی ہم صنفیت میں امتیاز قائم کیا ہے۔ ہم صنفی فاعل اپنے آپ کو ہر اعتبار سے مرد محسوس کرتا ہے اور بالعموم وہ بہت چست و چالاک ہوتا ہے اپنے جسمانی اور نفسی اوصاف میں نسوانیت کا اظہار نہیں کرتا۔ صرف اتنا ہوتا ہے کہ اس کے میلان کا موضوع بدل جاتا ہے۔ دوسری یعنی مفعول نوع کا فرد عورت کے سے نفسی جذبات رکھتا

[1] Contribution to Psycho-analys s, translated by Ernest Jones, 1916.

ہے۔ اس کو منویافتہ طاقت ور مردوں کی کشش ہوتی ہے اور وہ عورتوں کو عدم توجہی بلکہ نفرت کی نگاہ سے دیکھتا ہے۔ وضع و اطوار کے لحاظ سے وہ زنانہ ہوتا ہے۔ اپنے بالوں کو بڑھاتا ہے۔ اور اکثر اوقات جسمانی طور پر اس کی بناوٹ لڑکیوں کی سی ہوتی ہے۔ فرنزی (Ferenezi) نے اس کو ایک صادق صنفی درمیانی مرحلہ تصور کیا ہے۔ تضلالات کی دوسری شکلوں کو بھی شیر خوارانہ تثبیتوں کا نتیجہ قرار دیا جا سکتا ہے۔ صغیر سن بچوں میں اپنے تناسلی اعضا کو فخریہ عریاں کرنے کی عادت دیکھی جاتی ہے جس پر اعضا نمائی کے لفظ کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ اس میلان کا بالغ حیات میں باقی رہ جانا ایسے جرائم کا موجب ہوتا ہے جیسے بدن کو ناشائستہ طور پر ننگا کرنا۔

آجکل صنفی تضلالات کے متعلق کتب کا ایک بہت بڑا ذخیرہ پایا جاتا ہے۔ ان تضلالات کی ابتدا اور مظاہر کے متعلق اور بذریعہ تجزیہ نفسی علاج کے متعلق مزید معلومات کی تلاش مناسب کتابوں میں کرنی چاہیئے۔ طبی قانون داں کو اس سوال سے صرف اُسی حالت میں دلچسپی ہے کہ قانون کی حقیقی خلاف ورزی ہوئی ہو۔ فرو ڈی (Freudian) سلک کے عام اصولوں کو بہت

حد تک تسلیم کر لیا گیا ہے، اگرچہ بہت سی تفصیلات میں اختلاف رائے بھی پایا جاتا ہے۔ یہاں یہ کہنا کافی ہوگا کہ گذشتہ سالوں میں آرا کا تمامتر رجحان زیادہ تر اس طرف رہا ہے کہ صنفی فضال (Pervert) اور صنفی منکوس کو ایسے شخص تصور کیا جائے جو غیر طبعی نفسی نمو میں مبتلا ہیں اور جنکو طبیب کے معالجہ کی ضرورت ہے نہ کہ فاسق شخص جن کا صحیح محافظ دار وغہ جیل ہے۔

غالب گمان یہ ہے کہ منکوس صنفی احساس جتنا کہ سمجھا جاتا ہے اس سے بہت زیادہ حد تک پھیلا ہوا ہے اور عدالت کے سامنے جو مقدمات پیش ہوتے ہیں، وہ اصل حقیقت کا صرف ایک دھندلا سا خاکہ پیش کرتے ہیں۔ بہت سال نہیں گذرے۔ کہ پولیس نے شمالی انگلستان کے کسی شہر میں ایک مکان عامہ پر قبضہ کر لیا جس کے اندر ایک انوکھی طرز کا رقص ہو رہا تھا۔ معلوم ہوا کہ تمام کی تمام جماعت مردوں پر شامل ہے جن میں سے نصف مرد

عورتوں کی مانند ملبوس ہیں، اور یہ کہ انہوں نے اپنے لئے اندھے سازندوں کا انتظام کیا ہے تاکہ ان کی کارروائی دیکھی نہ جاسکے ۔

لواطت کے ارتکاب میں فاعل کی مانند مفعول بھی قانون کے سامنے جوابدہ ہے ، بجز اس صورت کے جب کہ وہ طاقت سے مغلوب ہوگیا ہو۔ یا اس کو کوئی دوا دے دی گئی ہو، یا وہ ۱۴ سال سے کم عمر کا ہو ۔ عورت کے ساتھ یہ فعل کرنا بھی ویسا ہی جرم ہے ، جیسا کہ مرد کے ساتھ کرنا ہے۔ زنا بالجبر کی طرح اس میں بھی مفعول ارتکاب جرم کے متعلق شہادت دے سکتا ہے۔

94

لواطت کے واقعات میں طبی شہادت ایسی بہت اہم نہیں ہوتی جتنی کہ زنا بالجبر کے واقعات میں ہوتی ہے۔ فاعل میں اس عادت کے کوئی نشانات نہیں پائے جاتے اگرچہ اس کے برعکس بھی بیان کیا گیا ہے ۔ اگر مفعول اس فعل کا عادی رہ چکا ہو تو ممکن ہے کہ اس میں بعض نشانات پائے جائیں لیکن ان کے متعلق ہرگز یہ نہیں کہا جاسکتا کہ یہ ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ عاصرۃ الدبر ڈھیلا ہو اور اس کا فتحہ اعتدال سے زیادہ کشادہ ہو جبکہ اس کے ساتھ معی المستقیم کی غشاء مخاطی بھی ساقط پائی جاتی ہے ۔ دُبر کے گردوپیش کی جلد بعض اوقات ہموار پائی جاتی ہے ۔ عاصرۃ الدبر اور معی المستقیم کی غشاء مخاطی کی دریدگیاں صرف حالیہ وارداتوں میں پائی جاتی ہیں بالغوں کی بہ نسبت لڑکوں میں زیادہ عام طور پر پائی جاتی ہیں ۔ اور ان وارداتوں میں ممکن ہے کہ ورم اور التہاب پائے جائیں تاوقتیکہ حیوانات منی دبر کے اندر سے حاصل نہ کئے گئے ہوں ان کا پایا جانا اسی صورت میں اہمیت رکھتا ہے کہ مفعول بہت ہی کمسن ہو۔ کیونکہ زیادہ عمر کے موضوعوں میں ممکن ہے کہ یہ خود اسی فرد سے خارج ہوئے ہوں۔ فاعل اور مفعول کے درمیان امتیاز کے متعلق یہ یاد رکھنا چاہئیے کہ یہ افعال باہم مبادلہ پذیر ہیں ۔ ایک فرد جو ایک وقت پر مفعول کا کام انجام دیتا ہے دوسرے وقت ممکن ہے کہ فاعل کا کام انجام دے۔ بدیں وجہ بیان کردہ لواطت کے واقعہ میں امتحان کرتے وقت مناسب یہ ہے کہ ہر ایک فرد کے دونوں حصوں کی حالت کی تفتیش کی جائے۔ ایک طبیب نے مصنف ہذا کو بتایا کہ

ایک مرتبہ جب وہ پولیس سرجن کے مددگار کی حیثیت سے کام کر رہا تھا تو اس کو ایک آدمی اور ایک لڑکے کا امتحان کرنا پڑا جو لواطت کے جرم میں زیر حراست تھے۔ آدمی کا محض فاعل کی حیثیت سے اور لڑکے کا محض مفعول کی حیثیت سے معائنہ کرنے پر اس کو کچھ بھی علامات نہ ملیں اور سماعت مقدمہ پر یہ بات کھلی کہ فاعل لڑکا تھا نہ کہ آدمی۔

کسی آدمی کے ساتھ بحالت نیند یا اس کی خلاف مرضی لواطت کا ارتکاب کرنے کا امکان معمولی سمجھ کے خلاف ہے۔ ہاں کمسن بچوں میں یہ ممکن ہے کہ وہ طاقت سے مغلوب کر لئے جائیں۔ دوائی کھلانے اور قوت مدافعت کو سلب کرنے کے دیگر ذرائع کے متعلق بھی وہی بیان درست ہے جو کہ زنا بالجبر کے متعلق کیا گیا ہے۔

۱۸۸۵ء کا قانون ترمیم قانون فوجداری دو یا زیادہ مرد اشخاص کے ارتکاب جرائم ناشائستہ کے متعلق سابقہ قوانین لواطت کے الحاق کی توسیع کرتا ہے حصہ اول دفعہ دوم د وکٹوریہ ۴۸ اور ۴۹ چارٹر ۶۹ حسب ذیل ہے۔

اگر کوئی مرد شخص علانیہ یا خفیہ دوسرے مرد شخص کے ساتھ کسی صریح ناشائستگی کے فعل کا ارتکاب کرتا ہے یا اس کے ارتکاب میں شریک ہوتا ہے تو وہ جرم صغیرہ کا مجرم ہے۔ وہ اس جرم کا قصور وار ثابت ہونے پر عدالت کی مرضی کے مطابق ایسی مدت تک جو دو سال سے متجاوز نہ ہو، بلا مشقت یا بامشقت قید کا مستوجب ہے۔

لواط الحیوانات کے واقعات میں طبی شہادت ملزم کے جسم اور لباس پر (جس جانور سے بدفعلی کی گئی ہو اس کے) بال تلاش کرنے تک محدود رہتی ہے۔

زنا بالمحرمات ۱۹۰۸ء کے قانون زنا بالمحرمات کی رو سے کسی مرد شخص کا اپنی پوتی یا بیٹی یا بہن یا سوتیلی بہن یا ماں کے ساتھ زنا کرنا جرم صغیرہ ہے جس کی سزا مشقت تعزیری ہے جو تین سال کی تعزیری قید سے کم اور ۷ سال سے زیادہ نہ ہوگی۔ یہ امر غیر وقیع ہے کہ زنا عورت کی رضامندی سے کیا گیا ہو۔ مزید براں اگر کوئی

عورت جو سولہ سال کی یا اس سے زیادہ عمر کی ہو اپنے دادا یا باپ یا بھائی یا سوتیلے بھائی یا بیٹے کو اپنے ساتھ زنا کرنے کی اجازت دیتی ہے تو وہ جرم صغیرہ کی مجرم ہے جس کی سزا مشقیت تعزیری ہے جو تین سال سے کم اور سات سال سے زیادہ نہ ہوگی یا بلا مشقت یا با مشقت قید ہے جو دو سال سے متجاوز نہ ہوگی۔ اس قانون کے ماتحت کارروائی بندکمرہ (in camera) میں کی جاتی ہے۔

بدن کو ناشائستہ طور پر ننگا کرنے کا جرم طبی قانون داں کے معائنہ میں اس طرح سے نہیں آتا جس طرح کہ متذکرہ صدر جرائم آتے ہیں، لیکن ہو سکتا ہے کہ مجرم کی مسئولیت جرم کے متعلق اس کی رائے دریافت کی جائے۔ دماغی انحطاط کی بعض اشکال ایسی ہیں کہ جو اشخاص ان میں مبتلا ہوتے ہیں، ان میں اپنا بدن علانیہ دکھانے کی جانب میلان پایا جاتا ہے۔ اس ملک میں یہ واقعات زیادہ تر یا حسن رسیدہ آدمیوں کی ہوتی ہیں جن کو شیخوخی عتاہت ہوتی ہے یا نوجوان آدمیوں کی ہوتی ہیں جو صرعی قسریت (automatism) یا الکحلیت کے موضوع یا شلل عمومی کے ابتدائی درجہ کے موضوع ہوں۔ کرافٹ ایبنگ[1] (Krofft Ebing) نے ایک صنفی نفسی مرض کی شکل کی طرف توجہ منعطف کرائی ہے، جس میں زندگی کے ابتدائی سالوں میں ایک خاص نفسی انحطاط وقوع پذیر ہوتا ہے جو زیادہ تر موروثی اثر یا کساح (ricket) جیسی مرضیاتی کیفیات کی جانب منسوب کیا جا سکتا ہے۔ اس نے اس کے تمثیلی واقعات بھی پیش کئے ہیں جن میں موضوع میں اپنا بدن دوسرے کے سامنے ننگا کرنے کا بظاہر ناقابل ضبط میلان پایا جاتا ہے۔ منجملہ ان کے ایک واقعہ فریر[2] (Freyer) نے پیش کیا ہے کہ ایک ۳۵ سالہ آدمی کو اس بنا پر حراست میں لے لیا گیا کہ وہ زنانہ مدرسہ کے آس پاس چکر لگایا کرتا تھا، اور جب وہ طالبات کی توجہ اپنی جانب کھینچنے میں کامیاب ہو جاتا تو پھر وہ ان کو اپنا بدن دکھاتا تھا، اور اسی جرم میں وہ اس سے پہلے چھ دفعہ

95

---

[1] Wiener med. Blatter, 1892

[2] Zeitschr. f. Medizeiralbeanrte, 8 Jahrg.

زیادہ مرتبہ تین ماہ سے لیکر ۳ سال تک کی مختلف مدتوں کے لئے قید رہ چکا تھا۔
آخری موقعہ پر زندان کی بجائے اس کو نہایت ہی مناسب طور پر دارالمجانین میں بھیجا گیا۔
اس کو صرعی حملے ہوا کرتے تھے اور قابل ذکر امر یہ ہے کہ جب ننگا ہونے کا اضطرار
نمودار ہوا تھا تو یہ صرعی حملے بند ہو گئے تھے۔

باب ۱۳

امارات حمل و زچگی

اطبا کو قانونی حکام کی طرف سے وقوع حمل یا عدم وقوع حمل دریافت
کرنے کے لئے مندرجہ ذیل حالات میں طلب کیا جا سکتا ہے۔ (ا) جب کسی عورت
کو سزائے موت سنائی گئی ہو اور وہ سزائے موت سے بچنے کے لئے حاملہ ہونے کا
عذر پیش کرے۔ (ب) جب کوئی عورت جس کا خاوند کہ حال میں مرا ہو یہ دعویٰ
کرے کہ اس کے شکم میں ایک جائداد کا وارث ہے۔ لیکن وارث قانونی جعلی
وارث پیش ہونے کے فریب سے بچنے کے لئے ثبوت حمل طلب کرے۔ ان
دونوں مثالوں میں قدیم طریق کارروائی یہ تھا کہ ۱۲ متاہل یا سمجھدار
عورتوں کی ایک جیوری مرتب کی جاتی تھی کہ وہ مطلوبہ تفتیش انجام دے کر
عدالت کو اطلاع دیں۔ قانون رسمی طور پر اب بھی اسی طرز کارروائی کی پابندی
ضروری قرار دیتا ہے لیکن اب جیوری کی مدد کے لئے ایک طبیب
ہوتا ہے اور اصل امتحان وہی کرتا ہے۔ (ج) جب کوئی مغویہ عورت
حاملہ ہونے کے باعث بہت زیادہ ہرجانہ طلب کرے (د) جب کوئی
غیر متاہل یا بیوہ عورت یا کوئی متاہل عورت جو خاوند سے الگ ہو کر رہتی ہو یہ بیان
کرے کہ اس پر حاملہ ہونے کی توہین آمیز تہمت لگائی گئی ہے (ہ) جب کسی

شخص یا اشخاص کی مجرمانہ غفلت کے باعث کسی عورت کا خاوند مر جائے اور وہ اس نقصان کے معاوضہ میں اور نا زائیدہ بچے کی آئندہ پرورش کے لیے ہرجانہ کی دعویدار ہو۔

جب کوئی طبیب مشکوک حمل یا اسقاط حمل یا قدرتی زچگی کے کسی واقعہ کے متعلق تفتیش کرنے لگے تو اس پر لازم ہے کہ عورتوں کے طبی امتحانات کے متعلق جو تنبیہ پہلے کی جا چکی ہے اس کو مدنظر رکھے۔ نہ صرف عورت کی اجازت ہی حاصل کرنی چاہیئے بلکہ مشتبہ عورت کو یہ بھی جتا دینا چاہیئے کہ اگر اس کے امتحان سے کوئی منظر ایسا دریافت ہوا جو اس کو مجرم ظاہر کرے تو وہ بطور شہادت اس کے خلاف استعمال کیا جا سکے گا۔

امارات حمل

حمل کی موجودگی کی ان تمام مختلف علامات کا جو ماہران قبالت کے لئے اہمیت رکھتی ہیں مبسوط بیان طب قانونی کی کتاب میں بے محل ہوگا۔ طبی قانون دان کو جو حلفیہ بیان دینا ہے وہ اس امر کے متعلق نہیں ہے کہ فلاں عورت کے حاملہ ہونے کا گمان غالب ہے یا نہیں، بلکہ اسکے متعلق ہے کہ وہ حقیقت میں حاملہ ہے یا نہیں۔ حمل کی علامات میں سے اکثر محض قیاسی ہوتی ہیں۔ اور اگرچہ ایک نہایت ہی تجربہ کار ماہر قبالت حقیقتاً تشخیصی امارات کی عدم موجودگی میں بھی خاصہ صحیح اندازہ لگا سکتا ہے لیکن جب تک کہ ناقابل تردید امارات موجود نہ ہوں، وہ کوئی قطعی بیان دینے میں تامل کرے گا۔

جن دو امارات کی بنا پر شادی شدہ عورتیں اپنی حالت معلوم کر لیتی ہیں وہ یہ ہیں حیض کی عارضی رکاوٹ اور ابکائیوں کا احساس۔ اس امر کے مدنظر کہ جس عورت سے استفسار کیا جاتا ہے وہ ایک مخالف گواہ ہوتی ہے ان دونوں امارات میں سے ایک بھی ایسی نہیں جو طبی قانون دان کے کام کی ہو۔ بالعموم عورت

طبیب کے ذہن میں یہ خیال بٹھانا چاہتی ہے کہ وہ حاملہ ہے (اور بعض واقعات میں صورت حالات اس کے برعکس ہوتی ہے) لہذا اس بارے میں عورت کے بیانات پر کوئی اعتبار نہیں کیا جا سکتا ان امارات کے متعلق اگر سچا بیان بھی دیا جائے تو بھی اس کی کچھ اہمیت نہیں کیونکہ حیض کا بند ہونا حمل کے سوا دوسرے اسباب سے بھی ہو سکتا ہے۔ اور ارتکاض کا جو احساس ہے وہ ایک موضوعی علامت ہے اور ایسی عورتوں تک میں ناقابل اعتبار ہے جو گذشتہ حملوں میں اس کا تجربہ کر چکی ہوں۔ حمل کے بالکل ابتدائی مہینوں میں پستان بڑھ جاتے، سخت ہو جاتے اور چھونے پر زیادہ حس پذیر معلوم ہوتے ہیں۔ اور حشفیوں کے خطے میں گرہ دار ڈوریاں سی محسوس ہوتی ہیں حلمہ کے گرد کے حلقے متورم اور چمکیلے دکھائی دیتے ہیں اور لون کی افزونی کے باعث سیاہ تر رنگ اختیار کر لیتے ہیں خاصکر سیاہ جلد والی عورتوں میں۔ حلقوں کے محیط کے گرد اگر دمتعدد مرتفع گرہیں بن جاتی ہیں جو فعال دُہنی غدد کے وجود پر دلالت کرتی ہیں۔ اگر پستانوں کو نرمی سے دبایا جائے تو حلیموں سے دودھ کی مانند ایک افراز ٹپکنے لگتا ہے۔ تیسرے مہینے کے قریب شکم میں تمدد کی علامات نمودار ہونے لگتی ہیں۔ اور اس وقت رحم خط خثلیہ (hypogastium) میں واقع ہوتا ہے پہلے تین مہینوں میں اس عضو کا ناشپاتی نما خاکہ قائم رہتا ہے بعد ازاں اس میں جانبی نمو واقع ہو کر یہ زیادہ بیضہ نما ہو جاتا ہے۔ اگر شکمی دیواروں میں سے رحم کی شکل کا ٹھیک ٹھیک امتحان ممکن ہو تو حاملہ رحم کی شکل کی بنا پر اور تماس پر اسکی حرکت پذیری اور لچکداری کی بنا پر۔

ایک تجربہ کار طبیب ابتدائی مہینوں میں خاصی تشخیص کر سکتا ہے۔ اس زمانہ میں یا اس کے تھوڑے سے ہی عرصہ بعد حس کے ذریعہ رحم کی دیواروں کے متبادل انقباض وانبساط کا پتہ چلتا ہے۔ عنق کا نچلی حصہ مصل کی دررپزی سے نرم اور ملائم ہو جاتا ہے، اور فم کے کنارے مدور ہو جاتے ہیں۔ گرد و پیش کے حصص کے عمومی تورم کی وجہ سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عنق چھوٹی ہو گئی ہے۔ مہبل کی غشاء مخاطی ازرق منظر اختیار کر لیتی ہے اور فرج کی چھوٹی وریدیں بڑی اور نمایاں ہو جاتی ہیں۔ دو دستی امتحان (bimanual examination) یعنی ایک ہاتھ سے قاعدہ کو پکڑنا اور دوسرے

ہاتھ کی پہلی اور درمیانی انگلیوں کو مہبل کے اندر رقم پر رکھنا اس سے رحم کی جسامت دریافت کرنے میں اور غالباً ابتدائی مہینوں میں دونوں ہاتھوں کی شکالی حرکت کے ذریعہ رحم کے اندر کسی حرکت پذیر جسم کا وجود دریافت کرنے میں عامل کو مدد ملتی ہے۔ رحمی خرخر (uterine souffle) ایک پھونک کی آواز ہوتی ہے جو ماں کی نبض کے معاصر (synchronous) ہوتی ہے۔ یہ زیادہ تر ان شریانوں میں پیدا ہوتی ہے جو عنق پر جاتی ہیں لیکن آواز رحم کے مختلف حصوں میں بھی پھیل جاتی ہے۔ یہ چوتھے مہینے یا اس سے بھی پہلے سنی جا سکتی ہے۔

اب تک جو امارات گنائی جا چکی ہیں وہ اگرچہ معنی خیز ہیں لیکن قطعی نہیں ہیں۔ حمل کی ایسی صرف دو ہی **امارات** ہیں جو ناقابل تردید ہیں۔ جنینی قلب کی **آوازیں** اور شکم کی دیواروں میں سے جنینی اعضا اور **جنینی حرکت** کا محسوس ہونا۔ جنینی قلب کی ضربات فی منٹ ۱۲۰ سے لیکر ۱۶۰ کی رفتار سے ہوتی ہیں اور اس کی آواز گھڑی کی ٹک ٹک سے مشابہ ہوتی ہے جو کان سے کچھ فاصلہ پر رکھی ہو۔ اگر جنین معمولی مقام پر ہو تو یہ آوازیں ناف کی بائیں جانب اور ذرا اس کے نیچے سب سے اچھی سنائی دیتی ہیں۔ یہ ۱۸ ویں یا بیسویں ہفتہ کے قریب مسموع ہو جاتی ہیں لیکن کبھی کبھی اس سے پہلے بھی سنائی دیتی ہیں۔ اگر بچہ کے گرد رطل (liquor amnii) کی غیر معمولی طور پر زیادہ مقدار ہو، یا ماں کے شکم پر چربی کی موٹی تہ موجود ہو، تو قلب جنینی کی آوازیں اول تو سنی ہی نہیں جاتیں اور اگر سنی بھی جاتی ہیں تو بہت مشکل سے محتاط جس سے بچہ کے بدن کے ان حصوں کو جو ماں کے شکم کی جداروں میں سے قابل رسائی ہیں تمیز کیا جا سکتا ہے اور زندہ بچہ کی حرکات کو محسوس کیا جا سکتا ہے۔ وہ حالات جو قلب جنینی کی آوازوں کو پہچاننے میں سدراہ ہوتے ہیں غالباً وہ جنینی اعضا پہ دست ورزی کرنے میں بھی مانع ہوں گے تا وقتیکہ بچہ کے جسم کا خاکہ شناخت نہ ہو، حرکت کے ادراک پر حمل کے ثبوت کی حیثیت سے اعتماد نہیں کیا جا سکتا کیونکہ ممکن ہے مادری شکم کے عضلات مستقیمہ کے انقباض پر بچہ کی حرکات کا دھوکا ہو۔ اگر بچہ مردہ ہو تو حمل کی واحد قطعی امارت جنینی اعضا کی شناخت ہوتی ہے۔

چونکہ حمل کے پہلے ۸ مہینوں میں حمل کی ناقابل تردید امارات دستیاب

نہیں ہوتیں، اس لئے جب تک یہ مدت گزر نہ چکے، کوئی قطعی حلفیہ بیان دینا ممکن نہیں جو کہ مترادف ہے اس امر کے کہ حمل کا وقوع قطعی طور پر اسوقت تک تشخیص نہیں ہو سکتا جب تک کہ ایکاض (quickening) نہیں محسوس ہوتا۔
۱۸ ہفتہ کے عرصہ کے مفروضہ حمل کا امتحان کرنے پر اگر منفی نتیجہ برآمد ہو تو اس سے یہ ثبوت حاصل نہیں ہوتا کہ یہ عورت حاملہ نہیں ہے۔ امارات حمل کی شناخت میں وہ مشکلات جو کہ پیشتر مذکور ہو چکی ہیں سدراہ ہو سکتی ہیں اور بچہ کے چھوٹا اور کمزور حیثیت کا ہونے سے ایک مزید مشکل پیدا ہو سکتی ہے۔ جیسا کہ باقی تمام قضیوں میں پیش آتا ہے منفی کی بہ نسبت مثبت قضیہ کا ثابت کرنا آسان تر ہوتا ہے۔ اگر جنینی قلب کی آوازیں سنائی دیں تو پھر خواہ جسم محسوس ہو یا نہ ہو، حمل ایک ثابت شدہ حقیقت ہے۔ اگر دونوں میں ایک بھی امارات دریافت نہ ہو تو اس وقت کسی مثبت نتیجہ پر نہیں پہنچ سکتے۔ حمل کی معنی خیز علامات اس طرح کے حالات میں اہمیت رکھتی ہیں کہ آیا یہ توقف کرنے اور بعد ازاں مکرر امتحان کرنے کی ضرورت ظاہر کرتی ہیں یا نہیں بالعموم حمل کا ادعا کرنے والی عورت یہ بیان کرتی ہے کہ اس کا حمل کئی مہینے کا ہو چکا ہے اس لئے بیان کردہ کیفیت کی کچھ نہ کچھ علامات موجود ہوں گی، لیکن اگر وہ یہ بیان کرے کہ وہ حال ہی میں بارور ہوئی ہے تو مزید امتحان ملتوی رکھنا چاہئے، خواہ حمل کی علامات موجود ہوں یا نہ ہوں۔

حمل کے بعد الموت مناظر

اس عنوان کے ماتحت بہت کم کہنے کی ضرورت ہے۔ ذی حیات میں جو حمل کی بہت سی معروضی امارات پائی جاتی ہیں ان کے علاوہ دو مزید علامات بیان کی جاتی ہیں جن میں صرف پہلی ہے جو اہمیت رکھتی ہے۔ (ا) بیضہ اور خملات کی موجودگی یا مشیمی چسپیدگی سمیت جنین کی موجودگی۔ (ب) بیضوں میں سے کسی ایک میں نام نہاد صادق جسم اصفر (corpus luteum) کی موجودگی۔ اگر کوئی باروشدہ

بیضہ جو اس قدر نمو یافتہ ہو کہ اس کے بار ور شدہ ہونے کی شناخت ہوسکے، موت کے بعد رحم میں (یا بے محل حمل کی صورت میں دیگر جگہ) پایا جائے تو حمل ایک ثابت شدہ حقیقت ہے۔ حمل کے بعض غیر طبعی حاصلات بیضہ یا جنین کی جگہ لے لیتے ہیں۔ اس لئے لازم ہے کہ ایسے غیر طبعی حاصلات اور دیگر ضیاعی حالتوں کے درمیان جو حمل سے علاحدہ وقوع پذیر ہوتی ہیں فرق کیا جائے۔ حمل کے یہ غیر طبعی حاصلات جنینات کاذبہ (moles) کہلاتے ہیں۔ اور یہ دو قسم کے ہوتے ہیں، دموی جنین کاذب اور کیسکی جنین کاذب۔

دموی جنین کاذب۔ یہ جنینی غشاؤں میں نزف واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ جنین مرجاتا ہے جسکی وجہ دباؤ ہے جبکہ یہ دبا ؤ یا تو کہفہ جنینی میں سلی اور الفس کے ابھر آنے سے پیدا ہوتا ہے یا سلی کے پھٹنے اور کہفہ جنینی کے خون سے بھر جانے سے پیدا ہوتا ہے جنین کی تعطین ہو کر جنین غائب ہوجاتا ہے، یا اگر بیضہ پھٹ جائے تو اسکے باہر نکل جاتا ہے۔ اگر جھلیاں خون کے تھکوں سمیت رحم میں دیر تک پڑی رہیں تو ممکن ہے کہ ان میں کلسی جماؤ پیدا ہوجائیں۔ بعض صورتوں میں سلی اور الفس کے منجمد ہوجانے سے وہ کچھ بن جاتا ہے جو کہ دموی دوبرے کہلاتا ہے۔ دموی جنین کا ذب نارنگی کی جسامت سے شاذ و نادر ہی متجاوز ہوتا ہے۔

یہ جنین کاذب ایک ایسے جنین کے ہمراہ بھی پایا جاسکتا ہے جو طبعی نمو پارہا ہو، بوجہ توامی حمل ہونے کے جس میں ایک بیضہ نمو پاتا ہے اور دوسرا انحطاط پذیر ہوجاتا ہے۔

کیسکی وحمہ خملات سلوی کے کیسکی انحطاط سے بنتا ہے۔ اس کا منظر کثیر التعداد کیسکوں کا ہوتا ہے جو آلپین کے سر کی جسامت سے لیکر بیضۂ کبوتر کی جسامت تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں ایسا معلوم ہوتا ہے گویا کیسکوں کو لڑیوں میں پرو دیا گیا ہے۔ یہی دوبرات خملات کی لمبائی کے ساتھ ساتھ بنتے ہیں۔ یہ دوبرات ایک سیال سے پُر ہوتے ہیں جو کہ مخاط اور البیومن (albumen) کے مختلف تناسبوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ جنین مرجاتا ہے۔ اور اگر عمل انحطاط حمل کے اوائل دور میں شروع ہوگیا ہو تو ممکن ہے کہ وحمہ کا امتحان کرتے وقت

جنین کے تمام آثار غائب ہو چکے ہوں لیکن اگر یہ اس سے زیادہ دیر کے بعد شروع ہوا ہو تو ممکن ہے کہ جنین یا مضغہ کے باقیات پائے جائیں۔

یہ امر قابلِ افسوس ہے کہ سلوی خملات کے کیسکی انحطاط پر کیسیتی رحمہ (hydatid mole) کے لفظ کا اطلاق کیا گیا ہے، حالانکہ مذکورہ حالت صادق کیسہ (hydatid) سے کچھ تعلق نہیں رکھتی۔ ان کے درمیان جو فرق کیا جاتا ہے، اس سے محض مرضیاتی صحت بیانی ہی مقصود نہیں بلکہ اس سے ایک اہم سوال کا تصفیہ ہوتا ہے یعنی آیا کیسیتی رحمہ (hydatid mole) حمل سے الگ بھی بن سکتا ہے۔ مذکورہ صدر بیان سے یہ ظاہر ہے کہ نام نہاد کیسہ یا کیسکی جنین کاذب حمل کے حاصلات کے انحطاط سے پیدا ہوتا ہے، لہٰذا یہ صرف حمل ہی کے نتیجہ کے طور پر وقوع پذیر ہو سکتا ہے۔ رحم میں صادق کیسہ (hydatid) بہت شاذ و نادر پایا جاتا ہے۔ گنز برگ[1] (Gunsburg) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے کہ اس میں رحم کے زیریں حصے سے اُگے ہوئے کیسہ سے وضع حمل میں رکاوٹ پیدا ہو گئی، اور اس نے بیان کیا ہے کہ اس نے حوض (pelvis) کے کہفہ میں کیسیتی سلعہ کی صرف چار ہی شاخیں پائیں۔

جسم اصفر (corpus luteum) سے زمانہ سابقہ میں یہ تصور کیا جاتا تھا کہ نام نہاد صادق اور کاذب جسم اصفر کے درمیان جو فرق ہے وہ دوران حیات میں حمل یا عدم حمل کی حالت ہونے کا بجائے خود ثبوت ہے۔

جسم اصفر کاذب۔ جو حیض کا جسم اصفر بھی کہلاتا ہے یہ معمولی حالات کے ماتحت نمو نہیں پاتا۔

جسم اصفر صادق یا حمل کا جسم اصفر استقرارِ حمل کے بعد کئی ماہ تک نمو پاتا رہتا ہے، اور بہت بڑی جسامت تک پہنچ جاتا ہے۔ نمو کی اس زیادتی کا سبب دورانِ خون کی بڑھی ہوئی فعالیت اور غالباً وہ پرورشی عصبی اثرات ہیں جو رحم میں بیضہ کی موجودگی کا نتیجہ ہوتے ہیں لیکن اس قسم کی زیادتی عضلی سلعات اور رحم کی دیگر مرضیاتی حالتوں

---

[1] Centralblatt für Gynakologie, 1884

کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہے۔ برخلاف اس کے استقرار حمل کا وقوع جسم اصفر صادق بنے بغیر بھی ہو سکتا ہے۔ طبی قانونی اغراض کے لحاظ سے یہ تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ حمل یا عدم حمل کے ثبوت کی حیثیت سے جسم اصفر کو کوئی تشخیصی وقعت حاصل نہیں ہے۔

امارات وضع حمل

حالیہ وضع حمل کا سوال طبی قانون دان کے مشاہدہ میں بسا اوقات بچہ کشی یا اخفا ولادت کے سلسلہ میں آتا ہے۔ دیوانی مقدمات میں ممکن ہے کہ وضع حمل کی تحقیق کرنے کی ضرورت پیش آئے۔ غیر شادی شدہ عورتوں کی عصمت کے خلاف اتہامات کے سلسلہ میں اور دیگر حالات میں حالیہ وضع حمل کے وقوع کے متعلق رائے طلب کی جا سکتی ہے۔

اگر پہلے حالیہ وضع حمل پر بحث کی جائے تو اس مضمون کو اس طرح تقسیم کیا جا سکتا ہے وہ امارات جو ذی حیات میں مشاہدہ ہو سکتی ہیں اور وہ امارات جو مردہ میں مشاہدہ ہو سکتی ہیں۔

۹۹ میعاد پر حالیہ زچگی کی امارات زندہ میں

جس عورت میں ولادت میعاد پر وقت امتحان سے دو تین دن قبل ہوئی ہو۔ اس میں کم و بیش مندرجہ ذیل مناظر پائے جاتے ہیں۔ بالعموم اس کی صورت سے کسی قدر ماندگی پائی جاتی ہے جیسے کوئی عورت کسی بیماری سے صحت پا کر اٹھی ہو۔ زیرین پپوٹا اور اس کا ماحول ایک درجہ تک جو فرد کے رنگ و روپ کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ ملوّن ہوتا ہے۔ شائد ورجہ تپش ذرا بلند ہو۔ نبض وضع حمل کے فوراً بعد دھیمی ہو جاتی ہے۔ پھر تیز ہو جاتی ہے اور پھر دھیمی

ہو جاتی ہے اور کئی دن تک اسی حالت میں رہتی ہے۔ نبض پُر ہوتی ہے لیکن شریانی تناؤ میں کوئی زیادتی نہیں پائی جاتی۔ جلد مرطوب ہوتی ہے۔ چھاتیاں بھری ہوئی اور لچکدار ہوتی ہیں یا ممکن ہے کہ یہ سخت اور گرہک دار ہوں۔ اوپری وریدیں دکھائی دیتی ہیں۔ حلموں کا ذکر حالت حمل کے عنوان کے تحت آچکا ہے۔ لبائی سیال (colostrum) جس کا کہ شروع میں افراز ہوتا ہے یہ صادق دودھ نہیں ہوتا۔ یہ لسدار ہوتا ہے اور اس میں زرد ذرّات ہوتے ہیں جو خالی آنکھ سے نظر آسکتے ہیں۔ خرد بینی امتحان سے بڑے بڑے جسیموں کا وجود پایا جاتا ہے جو کہ لبائی جسیمے کہلاتے ہیں۔ یہ جسیمے متعدد شحمی ذرّات پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک شفاف مادے سے باہم متحد ہوتے ہیں، ہیڈن ہن (Heidenhain) کے خیال میں یہ جسیمے جو فیزی مرحلہ کے خلیات ہیں جو گول اور مدہم سے دانے دار ہو جاتے ہیں اور بالآخر جو فیزوں سے شحمی ذرّات لے لیتے ہیں۔ یہ ایلسٹک ترشے سے سلوک کرنے پر لواۃ ظاہر کرتے ہیں۔ صادق دودھ میں لبائی (colostrum) جسیمے بہت کم ہوتے ہیں اور لبا کی نسبت البومن کم موجود ہوتا ہے۔ شکم کی دیواریں ڈھیلی اور شکندار ہوتی ہیں اور ان کے نیچے رحم ایک سخت اور گول گیند کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ عنق نرم اور اندرونی فم کی طرف کھلی ہوتی ہے۔ بیرونی فم فراخ ہوتا ہے۔ شفرتین کو فتہ اور ممکن ہے، کہ پھٹے ہوں۔ اندرونی فم اول چوبیس گھنٹہ کے عرصہ میں بند ہونے لگتا ہے، اور بیرونی فم بہت مدت تک فراخ رہتا ہے۔ مہبل کشادہ اور ڈھیلی ہوتی ہے اور اس کے شکن غائب ہوتے ہیں۔ مہبل کے دہانہ پر جو غشاء مخاطی ہوتی ہے اس میں بالعموم چند خفیف چاک نظر آتے ہیں۔ خاصکر اول الولادت عورتوں (primiparæ) میں اور ان میں پردۂ بکارت کے ماتبقیات کامل طور پر برباد ہو چکے ہوتے ہیں جیساکہ تازہ سوجی ہوئی گرہکوں سے عیاں ہوتا ہے لیمات آسیہ [carunculæ] [myrtiformes] فرج متورم اور پھٹی ہوئی ہوتی ہے۔ بالخصوص عجانی پہلو یں خلفی ملتقی (posterior commissare) بالعموم مشقوق ہوتا ہے اور بعض شانوں میں عجان دریدہ ہوتا ہے۔ لوکیا۔ (lochia) جو پہلے پہل تقریباً خالص خون کا ہوتا ہے

تیسرے دن ایک مصلی سیال میں تبدیل ہو جاتا ہے جو کم وبیش خون سے رنگین ہوتا ہے اور سر حلمہ، مخاط، ارتشاحی جسیموں اور جھلی کے ریزوں پر شامل ہوتا ہے۔ بعد میں خون کم ہو جاتا ہے اور اس کی جگہ شحمی ذرات اور پیپ لے لیتے ہیں اور اسکا رنگ بدلکر زردی مائل سے سبزی مائل ہو جاتا ہے۔ لوکیا کی مقدار اور مدت اختلاف پذیر ہے۔
تازہ وضع حمل کی امارات پہلے چند دن تک خوب نمایاں ہوتی ہیں ایک ہفتہ گزرنے کے بعد ان کی شناخت میں زیادہ دقت ہوتی ہے، اور دو ہفتے میں تو وہ یہاں تک غائب ہو جاتی ہیں کہ حالیہ وضع حمل کی قطعی تشخیص ناممکن ہو جاتی ہے۔
یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ شمار کردۂ فوق امارات سے وہ امارات مراد ہیں جو میعاد کے وضع حمل کے بعد رہ جاتی ہیں۔

میعاد پر حالیہ وضع حمل کی امارات مردہ میں

زندہ میں جو علامات دستیاب ہو سکتی ہیں ان کے علاوہ جب اس عورت کی لاش کا کہ جس کی حال میں زچگی ہوئی ہو امتحان کیا جاتا ہے تو رحم اور اس کے متعلقات کا عینی مشاہدہ ممکن ہوتا ہے۔ اگر ہلاکت وضع حمل کے فوراً بعد یعنی حکشش (involution) کے آغاز سے قبل واقع ہوئی ہو تو رحم ایک ڈھیلی سی تھیلی کا منظر پیش کریگا جو ۹ یا ۱۰ انچ لمبی اور جس کا منہ بے حد کشادہ ہوتا ہے۔ اندر سے اس کی سطح بے قاعدہ ہوتی ہے اور خون کے تھکوں، غشاء ساقطہ کے ٹکڑوں اور لمف (lymph) کے گالوں سے ڈھکی ہوتی ہے۔ جس حصہ پر کہ مشیمہ چسپیدہ تھا اس کی عضلی ساخت پوشش سے معرا ہوتی ہے اور اس کا رنگ باقی عضو کی بہ نسبت گہرا ہوتا ہے۔ یہاں منسدشدہ وریدوں کے فتحات بڑے بڑے حفر یزات کی صورت میں دکھائی دیتے ہیں۔ عنق تطویل شدہ اور جسم رحم کی دیواروں کی بہ نسبت بہت زیادہ پتلی اور لبا اوقات کوفتہ اور اکدام (ecchymosed) منظر پیش کرتی ہے۔ مہبل کشادہ ڈھیلی اور شکن سے مبرا ہوتی ہے۔ غالباً کسی ایک بیض میں نام نہاد صادق جسم اصفر (corpus luteum)

پا یا جائے گا ۔

میعاد پر زمانہ ماضی کے وضع حمل کی امارات زندہ میں

اگر کسی عورت نے زمانہ ماضی میں بچہ جنا ہو تو عدیم الولادت عورتوں کی بہ نسبت اس کے پستان زیادہ لٹکے ہوئے اور زیادہ ڈھیلے اور اسکے حلمے بالعموم زیادہ ابھرے ہوئے اور اس کے ہالیہ زیادہ گہرے رنگ کے ہوتے ہیں۔ اسکے شکم کی دیواریں بھی اتنی سخت اور لچکدار نہیں ہوتیں ۔ بالعموم شکم کی جلد پر سیمیں تاب دھاریوں کے نشانات ہوتے ہیں ۔ یہ نشانات حمل کے بعد ہمیشہ نہیں ملتے اور ان زچاؤں میں سے جو پوری میعاد کو پہنچتی ہیں تقریباً ۹ فیصدی ایسی ہوتی ہیں جن میں یہ مفقود ہوتے ہیں۔ یہ نشانات حمل کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی پیدا ہوتے ہیں ۔ مثلاً یہ باریطونی سلعات، شکمی استسقاء، اور بعض رسولیوں سے پیدا ہوتے ہیں اور ٹانگوں پر تپ محرقہ (typhoid) اور ٹائفس (typhus) تپ سے پیدا ہوتے ہیں۔ حاملہ عورتوں میں پستانوں پر بھی ظاہر ہوتے ہیں ۔ اگرچہ اکثر اوقات ان کو ندبات کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، لیکن یہ ایک بافت کی بجائے دوسری بافت بن جانے کا نتیجہ نہیں ہوتے جو کہ ندبہ کی خاصیت ہے ۔ ان کا سبب جلد کے بعض عنصروں کا جزوی طور پر جذب ہوجانا اور بعض عنصروں میں ردوبدل واقع ہونا ہے۔ ادمہ کی لیفی بافت جو کہ طبعاً ایک قسم کی گھنی جالی کی صورت پر ترتیب یافتہ ہوتی ہے از سر نو متوازی خطوط کی صورت میں جو ایک جانب سے دوسری جانب گزرتے ہیں ترتیب پاتی ہے جلدی حلیموں کی جسامت ذبول کی وجہ سے گھٹ جاتی ہے اور یہ زیادہ دور دور منتشر ہوجاتے ہیں شفرتین زیادہ کشادہ ہوتے ہیں اور بالعموم خلفی ملتقی (posterior commissure) کا قائم مقام ایک ندبہ ہوتا ہے جو عجان تک پھیلا ہوتا ہے ۔ نہ صرف پردۂ بکارت کی جگہ لحیمات آسیہ (caruncla myrtiformes) لے لیتے ہیں بلکہ ان گرہکوں کا تسلسل جن سے یہ

لیجمات ـــــ بننے ہوتے ہیں معدوم ہو جاتا ہے ان لیجمات کی تکوین مباشرت کا نتیجہ ہوتی ـــــ ہے لیکن پردۂ بکارت ـــــ کا قاعدہ، یعنی وہ جگہ جو کہ مہبل کی غشاء مخاطی کے دوہراؤ سے بنتی ہے، باقی رہتی ہے۔ یہ قاعدہ مکمل طور پر صرف اس وقت برباد ہوتا ہے جب بچہ کا سر گذرتا ہے۔ مہبل اس سے زیادہ کشادہ اور ہموار ہوتی ہے کہ جتنی بچہ کی ولادت سے پیشتر ہوتی ہے، اور شاید اس کی مقدم دیوار عنال کے درونہ میں ابھری ہوئی ہو عنق الرحم بے قاعدہ ہوتی ہے۔ فم شکستہ دار اور مشقوق عدیم الولادت (nulliparous) عورتوں کی بہ نسبت زیادہ مفتوح اور مدور ہوتا ہے اور اس میں انگلی کی نوک داخل کی جا سکتی ہے۔

یہ امارات سب سے زیادہ نمایاں ان عورتوں میں ہوتی ہیں جنہوں نے بہت سے بچے جنے ہوں اگر کسی عورت نے وقت امتحان سے بہت پہلے کے زمانہ میں ایک ہی بچہ جنا ہو، تو اکثر امارات مفقود ہوں گی۔ وہ عورتیں سب سے زیادہ فریب دہ منظر پیش کرتی ہیں، جنہوں نے پوری میعاد سے کم کا ایک ہی بچہ جنا ہو۔ ان مثالوں میں چند سال کے گذرنے پر شاید اس امر کی کچھ بھی علامت موجود نہ ہوں کہ عورت کو وضع حمل ہوا تھا، اور شاید اس قسم کے دو تین وضع حمل بھی کوئی اثر نہ باقی چھوڑیں اور ایسی عورت میں عدیم الولادت (nullip ara) کے تمام اوصاف ممیزہ پائے جائیں۔

میعاد پر زمانہ ماضی کے وضع حمل کی امارات مردہ میں

زندہ میں وضع حمل کی امارات شہادت ـــــ کے علاوہ واحد شہادت جو ہمیں حاصل ہوتی ہے وہ رحم ـــــ کے کہفہ اور دیواروں کے مشاہدہ سے حاصل ہوتی ہے۔ جس رحم میں بچہ رہ چکا ہو، وہ ہمیشہ کے لئے اس سے زیادہ بڑا اور زیادہ بھاری رہتا ہے کہ جتنا وہ باکرہ حالت میں تھا اس کی دیواریں زیادہ دبیز ہوتی ہیں اور کہفہ کا خاکہ اتنا زیادہ مثلث نہیں ہوتا یعنی اس جگہ پر جہاں نالیوں [illegible]

(Fallopian tubes) داخل ہوتی ہیں وہاں پر زاویے گول ہو جاتے ہیں۔ بیرونی فم کے گذشتہ چاکوں کے متعلق تبدیلی بے قاعدگیوں کی صورت میں شہادت دکھائی دیتی ہے لیکن ممکن ہے کہ کسی خاص مثال میں ذی اولاد (parous) اور عدیم الولادت عورت (nulliparous) میں اتنا زیادہ فرق نہ ہو کہ جس کی بنا پر فیصلہ کیا جا سکے۔[1]

باب ۱۴

101

مجرمانہ اسقاط حمل

CRIMINAL ABORTION

طبی زبان میں اسقاط حمل سے مراد جنین یا مضغہ کا قابل حیات زمانہ سے قبل یعنی حمل کے اٹھائیسویں ہفتہ سے پہلے گر جانا ہے۔ اگر یہ ولادت اٹھائیسویں ہفتہ سے بعد لیکن پوری میعاد سے قبل ہو تو وہ پیش از وقت وضع حمل کہلاتی ہے۔ املاص (miscarriage) کا لفظ قبل از میعاد ہر قسم کے انقطاع حمل کے لئے استعمال ہوتا ہے قانونی نقطہ نگاہ سے اسقاط حمل کی اصطلاح میں مذکورہ بالا دونوں زمانے شامل ہیں۔ لہذا مجرمانہ اسقاطِ حمل کے معنی پوری میعاد سے قبل حمل کے کسی بھی زمانہ میں حاملہ رحم کے مشمولات کو خلاف قانون خارج کرنا ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ اس تعریف میں اطبا کے لئے پیش از وقت وضع حمل کے امالہ کی کوئی رعایت نہیں رکھی گئی، قانون اس عمل کو اس حیثیت سے تسلیم نہیں کرتا کہ اس کے جواز کو مستثنیٰ قرار دیا جائے۔ لہذا اطبا کو لازم ہے کہ جب ان کو ماں کی جان بچانے کی خاطر یا کسی دیگر نیک نیت سے پیش از وقت وضع حمل کروانا ہو تو وہ اپنے آپ کو

[1] See Trans. of the Obstetrical Society, vols. xvii and xviii.

بچانے کے لئے تمام متعلقین پر عملیہ کا مقصد اور اس کی ضرورت واضح کر دیں اور بشرط امکان کسی رفیق کار کی اخلاقی حمایت بھی حاصل کر لیں۔ بعض احوال تیس ایسی ہیں کہ ان میں عملیہ کی ضرورت کو ہمہ گیر طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ اگر ایسی صورتوں میں طبیب علانیہ کام کرے تو وہ ان تعزیرات سے جو قانون عائد کرتا ہے، بری قرار دیا جاتا ہے۔ اس کا مطلب یہ نہیں ہے کہ قانونی کارروائی بھی عمل میں نہیں لائی جا سکتی۔ لیکن یہ ہے کہ ہرگز اس کو مجرم قرار نہیں دیا جائیگا۔ اس قانون کی تصریح اس طرح کی جاتی ہے۔

جو کوئی عورت حاملہ ہو اور اپنا اسقاط حمل انجام دینے کی نیت سے خلاف قانون کسی زہر یا دیگر مضرت رساں شئے کا استعمال کرے یا اس نیت سے کسی اوزار یا کسی بھی دیگر ذریعہ کا خلاف قانون استعمال کرے۔ اور جو کوئی کسی عورت کا اسقاط حمل کرانے کی نیت سے عام اس سے کہ وہ حاملہ ہو یا نہ ہو اس کو خلاف قانون کسی زہر یا دیگر مضرت رساں شئے کا استعمال کرائے یا اس کے استعمال کرنے کا محرک ہو یا ایسی نیت سے خلاف قانون کسی اوزار یا کسی بھی ذریعہ کا استعمال کرے، تو وہ جرم شدید کا قصور وار ہوگا۔

جو کوئی شخص زہر یا دیگر مضرت رساں شئے یا کوئی اوزار یا چیز بھی خلاف قانون بہم پہنچائے گا، یا حاصل کرے گا یہ جانتے ہوئے کہ اسے کسی عورت کے اسقاط حمل کے انجام دینے کی غرض سے خواہ وہ عورت حاملہ ہو یا نہ ہو اسے خلاف قانون استعمال کرنا مقصود ہے تو وہ جرم خفیفہ کا قصور وار ہوگا۔ (۲۴-۲۵ وکٹوریہ چارٹر ۱۰۰ دفعات ۵۸-۵۹)۔

سب سے پہلے اس بیان کی طرف توجہ منعطف کرانے کی ضرورت ہے کہ جرم فعل کی نیت پر منحصر ہوتا ہے۔ اگر اسقاط حمل واقع کرنے کے لئے ذرائع اختیار کئے جائیں تو یہ امر کوئی وقعت نہیں رکھتا کہ عورت حقیقتہً حاملہ ہے یا نہیں۔ مزید براں اگر عورت حاملہ ہو تو جرم اس امر سے مشروط نہیں ہے کہ اسقاط حمل انجام دینے کے اقدام پر اسقاط حمل حقیقت میں واقع ہو جائے۔ اگر ایک عورت اسقاط حمل کروانے کی غرض سے اپنے کو کسی شخص کے

حوالے کر دیتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر مر جاتی ہے تو عملیہ کرنے والا یا دوا استعمال کرانے والا قتلِ عمد کا مجرم ہو گا، اگرچہ عورت کی موت واقع کرنا اس شخص کی نیت میں داخل نہ تھا۔ اگر استعمال شدہ ذرائع اس نوعیت کے ہیں کہ زندگی کے لئے خطرناک نہیں ہیں تو یہ جرم گھٹ کر قتل انسان کا جرم رہ جاتا ہے۔ اس امر کی وجہ سے طبّی گواہوں پر بہت بڑی ذمہ داری عائد ہوتی ہے۔ محوّلہ بالا قانون (act) کی جو دو دفعات ہیں ان میں سے پہلی میں بیان کیا گیا ہے کہ زہر یا دیگر مضرت رساں شئے کا اسقاطِ حمل انجام دینے کی غرض سے استعمال کروانا جرم شدید ہے۔ اب سوال پیدا ہوتا ہے کہ کونسی شئے مضرت رساں ہے؟ ایک چیز جو کیسی ہی بے ضرر کیوں نہ ہو اس کو کسی نہ کسی حالت میں یا کسی نہ کسی مقدار میں مضرت رساں قرار دیا جا سکتا ہے، بہت کچھ اس امر پر موقوف ہے کہ وہ کس نیت سے کھلائی جاتی ہے۔ مثلاً اگر جلابہ (jalap) کی ایک بڑی مقدار عملی مذاق کی راہ سے یا کسی خفیہ شرابخور کو سزا دینے کی غرض سے کسی الکحالی مشروب میں ملا کر چوری سے دی جائے تو قانون اس کارروائی کو ایک خفیف جرم قرار دیتا ہے لیکن اگر یہی دوا اسقاطِ حمل کی غرض سے کسی حاملہ عورت کو یا ایسی عورت کو جسے کھلانے والا شخص حاملہ باور کرتا ہے، کھلائی جائے تو گمان غالب ہے کہ اسے مضرت رساں شئے تصور کیا جائے گا، اس بنا پر نہیں کہ کھلانے کے بعد اسقاط حمل کا واقع ہونا ناگزیر ہے، بلکہ اس مجرمانہ نیت کی بنا پر کہ جو اس فعل سے مترشح ہوتی ہے (دیکھو دفعہ ۵۸ مذکورہ بالا۔ شاید یہ فرض کیا جائے کہ ”کسی بھی دیگر ذریعہ“ کے لفظ کے ہوتے ہوئے ”مضرت رساں“ کا لفظ غیر ضروری ہے، کیونکہ اول الذکر میں تمام صفات شامل ہیں۔ لیکن یہ امر غیر اغلب نہیں ہے کہ قانون بنانے والے کے ذہن میں اسقاطِ حمل پیدا کرنے کے میکانی یا مقامی ذریعہ کا خیال ہو گا۔ پہلے جملہ میں ”زہر“ کا ذکر ہے اور پھر ”مضرت رساں“ کے لفظ کا اضافہ ہو کر اس جملہ کے معنی کو تقویت اور وسعت ملتی ہے۔ دوسرے جملہ میں ”کسی اوزار“ کا ذکر ہے اور قطع حجت کے لئے اس میں ”کسی بھی دیگر ذریعہ“ کے لفظ کا اضافہ کیا گیا ہے۔ تاہم مجرمانہ اسقاطِ حمل کے ایک مقدمہ میں جج نے یہ قرار دیا کہ خود قرار داد

102

جرم سے "مضرت رساں" کا لفظ حذف کر دینا چاہیئے۔ کیونکہ "کسی دیگر ذریعہ" کا جامع جملہ تمام کھلانے کی اشیاء پر شامل ہے، خواہ وہ مضرت رساں ہوں یا نہ ہوں۔ چونکہ اس فیصلہ کو ہمہ گیر طور پر تسلیم نہیں کیا جاتا، لہذا واجب ہے کہ جو دوائیں مجرمانہ اسقاط حمل واقع کرنے کی غرض سے عام طور پر استعمال ہوتی ہیں ان کے خواص کے متعلق کہ آیا وہ مضرت رساں ہیں یا نہیں، گواہی کے کٹہرے میں رائے کا اظہار کرنے کے لئے طیار رہنا چاہیئے۔

مُجرمانہ اِسقاط حمل واقع کرنیکے طریقے

مجرمانہ اسقاطِ حمل کا اقدام تین میں سے کسی ایک یا زیادہ طریق پر کیا جاتا ہے۔ براہ دہن دوائی کھلانے سے، عمومی تشدد کے افعال سے اور رحم یا اس کے مشمولات پر میکانی ذریعہ کے براہ راست استعمال سے۔

دو قسم کی دوائیں جو رحم پر براہ راست عمل کرنے کی شہرت رکھتی ہیں اور ان میں بہت سی ایسی چیزیں مجرمانہ اسقاط حمل کی انجام دہی میں استعمال کی جاتی ہیں شامل ہیں۔ یہ مدرات حیض اور مسقطات الحمل ہیں۔ اول الذکر کو حیض جاری کرنے والی یا حمل کے علاوہ دیگر اسباب سے حیض رک جانے کے بعد یعنی کو دوبارہ جاری کرنے والی دوائیں فرض کیا جاتا ہے۔ موخر الذکر کو حاملہ رحم کے مشمولات کو خارج کرنے والی دوائیں فرض کیا جاتا ہے۔ فن علاج میں اس فرق کی خواہ کچھ ہی قیمت ہو، طبی قانون داں کے لئے یہ فرق خالی از اہمیت نہیں ہوتا۔ وہ لوگ جو خواص الادویہ کا محدود سا بھی علم رکھتے ہیں انکے نزدیک بھی ایسی دوائی کھلانا جس کو مسقط الحمل خواص رکھنے والی سمجھا جاتا ہے، بہ نسبت ایسی دوائی کھلانے کے جو کہ محض مدر الحیض کے طور پر مشہور رہی ہو بہت زیادہ وقعت رکھتا ہے۔ شائد ملزم یہ بیان کرے کہ اسکو عورت کے حاملہ ہونے کا علم نہ تھا اور اسے صرف اتنا ہی بتایا گیا تھا کہ حیض عارضی طور پر

مفقود ہے۔ ایسے بیان کے ساتھ مدر حیض دوا کا کھلانا تو مطابقت کرتا ہے، لیکن کوئی مشہور مسقط الحمل دوا کھلانا مطابقت نہیں کرتا۔ آخری قسم کی دوا اسی صورت میں دیجا سکتی ہے کہ کھلانے والے کا مقصد کسی حاملہ رحم کا تخلیہ کرنا ہو۔ افسوس کہ ان دو اقسام کے درمیان جو فرق ہے اچھی طرح معین نہیں ہے یعنی کئی ادویات ایسی ہیں جو دونوں میں شامل ہیں تاہم دو تین ایسی ادویہ بھی ہیں جنہیں محض اجراحیض کے لئے نہیں کھلایا جا سکتا۔

فلیہ (pennyroyal) (mentha pulegium) عمّال طبقوں کی ایک مقبول عام مدر حیض دوا ہے جو بالعموم قلیتی چائے کے طور پر دی جاتی ہے۔ یہ اسقاط حمل واقع کرنے کے لئے بھی استعمال کی گئی ہے، اور اس مقصد کیلئے بھی اتنی ہی کارگر ہے جتنی کہ اول الذکر مقصد کے لئے۔ یہ ایسی شئے ہے کہ کسی عورت کو حمل کے ابتدائی درجہ میں اسکے اس طرح کھلائی جانے کا کہ کھلانے والا اس عورت کو محض انقطاع حیض کا مریض سمجھتا ہو امکاں ہے۔ ایک دیگر نام نہاد مدر حیض دوا سیون (savin) (juniperus sabina) ہے، لیکن اس کی شہرت مختلف ہے، اور یہ زیادہ مسقط الحمل کی حیثیت سے معروف ہے لہٰذا اگر اس دوا کو رکے ہوئے حیض کے جاری کرنے کی غرض سے انتخاب کیا جائے تو مجرمانہ نیت کا شبہ پایا جاتا ہے۔ سیون (savin) خراش آور دوا ہے اور حقیقی مدر الحیض یا مسقط الحمل خواص نہیں رکھتی۔ یہی کلمات ان متعدد اشیا کے متعلق بھی کہے جا سکتے ہیں کہ جن کو عام لوگوں میں مسقطات الحمل تصور کیا جاتا ہے۔ مثلاً سذاب (rue)، ٹینسی (tansy)، یو (yew)، زعفران (saffron) وغیرہ مشہور مسقطات الحمل کے علاوہ قوی مسہلات مثلاً حنظل (colocynth)، ایلوا (aloes)، گیمبوج (gamboge) اور قے آور دواؤں مثلاً ٹارٹر ایمیٹک (tartar emitic) اور خراش آور دواؤں مثلاً سنکھیا، املاح سیسہ، فاسفورس ذراریح (cantharides) اور ہیلیبور (hellebost) سے استمداد کی گئی ہے۔ کونین کی بڑی مقدار یعنی ۲۰ گرین حاملہ رحم کا انقباض پیدا کرتی ہے، اور بحالیہ کھائی جا چکی ہے۔ خلاصہ جسم نخامی (pituitary extract) بھی رحمی انقباضات کا قوی مہیج ہے جو دوا اکثر اوقات مسقط الحمل سمجھی جاتی ہے وہ ارگٹ (ergot)

108

ہے۔ جب میعاد کے بعد وضع حمل شروع ہو چکا ہو تو ارگٹ کھلانے سے رحم کے انقباضات کو بڑھایا جا سکتا ہے اور ان کی نوعیت کو تبدیل کیا جا سکتا ہے یعنی وہ زیادہ کزازی (tetanic) نوعیت کے ہو جاتے ہیں۔ یہ دوا رحم پر جو مخصوص اثر کرتی ہے اس کی وجہ سے اس کو حاملہ مگر ساکن الفعل رحم میں انقباض شروع کرنے کی غرض سے استعمال کیا گیا ہے۔ بہت سے لوگوں کا یہ خیال ہے کہ یہ اسقاطِ حمل واقع کرنے کے لئے موثر چیز ہے حیوانات پر تجربہ کرنے سے اس خیال کی تصدیق ہوئی ہے لیکن عورت میں اس کے استعمال کا تجربہ اس خیال کی نفی کرتا ہے۔ کابرٹ[۱] (Kobert) بیان کرتا ہے کہ ارگٹ (ergot) کے دو جز یعنی کارنوٹین (cornutine) اور سفیسلنک ترشہ (sphaceinic acid) کتوں اور بلیوں میں اسقاط حمل واقع کرتے ہیں۔ حمل کے پہلے مہینوں میں (یعنی اس زمانہ میں جب کہ اسقاط حمل کا اقدام کیا جاتا ہے) ارگٹ کھلانا ساکن الفعل رحم انسانی میں اسقاط حمل کا امالہ نہیں کرتا، الّا اس صورت میں جبکہ بوجہ بیضے کی اغشیہ کی مرض زدہ حالت کے جیسا کہ آتشکی موضوعوں میں پائی جاتی ہے یا بوجہ نظام کے عمومی اختلال کے جو اس دوا کے سمّی اثر سے واقع ہوتا ہے، رحم اپنے مشمولات کو خارج کرنے پر پہلے سے مائل ہو۔ اگر اسقاطِ حمل کا فوری خطرہ موجود بھی ہو جیسا کہ نزف سے عیاں ہوتا ہے تو بھی یہ ضروری نہیں ہے کہ ارگٹ (ergot) رحم کی اخراجی مساعی کو ہیجان میں لائے۔ اسی طرح کی ایک مریضہ کو ایٹ ہل[۲] (Atthill) نے رحم خالی کرنے کی غرض سے ارگٹ دیا لیکن نزف رک جانے کے باوجود اسقاط حمل واقع نہ ہوا اور مریضہ نے ٹھیک وقت پر ایک زندہ بچہ جنا۔ خواہ کامل میعاد ہی قریب کیوں نہ ہو تو بھی ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ ارگٹ وضع حمل شروع کر دے۔ آرہل[۳] (Arrhill) بیان

---

۱ The Practitioner, 1885.

۲ Brit. Med. Journal, 1889.

۳ Dublin Journ. of Med. Science, 1888.

کرتا ہے کہ اس نے بعد الولادتی نزف کے حفظ ماتقدم کے لئے اکثر ارگٹ کھلایا ہے۔ اِسے وضع حمل کے متوقع آغاز سے ایک ہفتہ یا ۱۰ دن پہلے دینا شروع کیا ہے اور ایک دفعہ بھی یہ فرض کر لینے کی کوئی وجہ نہیں ملی کہ ارگٹ وضع حمل کا اسراع کرتا ہے۔ سیکسنجر[1] (Saxinger) نے ایک واقعہ درج کیا ہے کہ دو موقعوں پر ایک منقبض حوض والی عورت میں شمعہ (bougie) داخل کر کے پیش از وقت وضع حمل کا امالہ کیا گیا۔ تیسرے موقعہ پر یعنی میعاد سے ۴-۵ ہفتے قبل، میکانی ذرائع کی جگہ سفوف کردہ ارگٹ کی آزمائش کی گئی۔ تازہ سفوف ۴ گرام روزانہ تین دن تک دیا جاتا رہا، جس کے بعد نبض کی ضربات ۸۰ سے گھٹ کر ۲۰ تک پہنچ گئیں اور مریضہ پر ضعف اور قے کا حملہ ہونے لگا لیکن رحم متاثر نہ ہوا۔ بہت سے دیگر ماہران قبالت کا تجربہ بھی اس نتیجہ کی تصدیق کرتا ہے کہ مُعِد حالات کی عدم موجودگی میں ارگٹ کی غیر تسممی مقدار ساکن الفعل اور حامل رحم میں رحمی فعل جاری کرنے کی قابلیت نہیں رکھتی۔

اگر ارگٹ کے استعمال سے اسقاط حمل واقع ہوا ہے تو اس کا سبب پیدا شدہ عمومی تسممی اثرات ہوتے ہیں۔ رائشٹر[2] (Richter) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے کہ وہ چھ سات ماہ سے حاملہ تھی اور وہ چار اونس ارگٹ کھا گئی۔ یہ عورت ارگٹ کے شدید تسمم کی علامات یعنی تیزیٔ نبض اور پیاس اور معدے اور آنتوں میں درد، پیشاب کی رکاوٹ، اور سخت بے چینی کی علامات میں مبتلا ہو گئی اور ایک مردہ بچہ جننے سے آدھ گھنٹہ بعد کثرت نزف سے مر گئی۔ ٹارڈیو[3] (Tardieu) نے ایک چار ماہ کی حاملہ لڑکی کا واقعہ درج کیا ہے ارگٹ کھانے کی وجہ سے اس کا حمل ساقط ہو گیا، اور اس کے ۴۲ گھنٹے بعد وہ باریطونی التہاب سے مر گئی۔ ایک اور واقعہ میں جس کی اٹو[4] Otto نے اطلاع دی ہے، پانچ انچ لمبے

104

[1] Maschka's Handbuch, Bd. 3.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1861.

[3] Annales d'Hygiene, 1855.

[4] Maschka's Handbuch, Bd. 3.

مضغہ کے اخراج کے تھوڑی دیر بعد موت واقع ہوگئی۔ اسقاط حمل کے وقوع پذیر ہوئے بغیر بھی ارگٹ سے موت واقع ہو سکتی ہے۔ سمومیات کے اس حصہ میں جو ارگٹ کے تسمم سے متعلق ہے، اس کی مثالیں ملیں گی۔

حالیہ سالوں میں سیسہ کا استعمال خاصہ عام ہو گیا ہے، اکثر اوقات گولیوں کی شکل میں جو ڈائی کائی لان (diachylon) سے بنائی جاتی ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس رسم کا آغاز کوزہ گری کے کارخانہ جات میں ہوا ہے، جہاں ممکن ہے کہ سیسہ سے کام کرنے والی عورتوں کو اس کے اثرات کا یہ پہلو معلوم ہوا ہو۔ ہال (Hall) جس نے اس مضمون پر مکمل تحقیقات کی ہے چنانچہ وہ بیان کرتا ہے کہ مڈلینڈز (Midlands) میں اس کے سینکڑوں واقعات ہوئے ہیں اور اس خطہ سے اس کا استعمال انگلستان کے مختلف حصوں میں پھیل گیا ہے۔ سکاٹلینڈ (Scotland) اور ویلز (Wales) میں بھی ایسے واقعات کا اندراج کیا گیا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ علم دایوں کی جماعت کے ذریعہ منتقل ہوتا رہتا ہے۔ ایک اور اعتقاد یہ پایا جاتا ہے کہ حیض سے قبل سیسہ کھا لینے سے حیض کی مدت گھٹ جاتی ہے اور حمل کا وقوع رک جاتا ہے۔ بلاشبہ رحم کے مشمولات کا اخراج واقع کرنے میں سیسہ ایک قوی اثر رکھتا ہے، لیکن ایسا ہونا سیسہ کے تسمم کے شدید تر علامات پیدا ہوئے بغیر ممکن نہیں۔ غالباً جو عورتیں ڈائی کائی لان کھاتی ہیں، ان میں سے بہت تو اس کے زہریلے اثر سے بے خبر ہوتی ہیں اور جو عورتیں کارخانہ جات کوزہ گری میں نہیں ہوتیں وہ اس امر سے بھی بے خبر ہوتی ہیں کہ اس میں سیسہ ہوتا ہے۔ حاملہ عورتوں میں سیسہ کے تسمم کی ان وارداتوں کو جن کی وجہ نامعلوم ہو، آجکل ہمیشہ شک کی نگاہ سے دیکھنا چاہیئے۔

دواؤں سے چارہ جوئی کرنے اور اسقاط حمل کا اقدام کرنے کے مندرجہ بالا واقعات سے یہ امر استنباط کیا جا سکتا ہے کہ کوئی بھی ایسا مسقط الحمل معلوم نہیں ہے جو بے خطا ہو۔ اگر اسقاط حمل دواؤں کے استعمال سے وقوع پذیر

ہال International Medical Congress, 1918.

ہوا ہے تو اس کا سبب یا تو رحم اور اس کے مشمولات کی معد حالت یا کھائی ہوئی شئے کے عمومی تسممی اثرات ہوں گے۔

تشدد عمومی، مجرمانہ اسقاط حمل کے سبب کی حیثیت سے۔ یہ امر طبیبوں کے تجربہ میں ہمہ گیر طور پر آیا ہے کہ بعض حالات میں حاملہ عورتوں میں انتہائی قسم کے میکانی تشدد کے اثر سے بھی اسقاط حمل نہیں ہوتا لیکن بعض حالات میں خفیف ترین اشتعال پر بھی رحم اپنے مشمولات کو خارج کر دیتا ہے۔ چونکہ سخت تشدد ایک عورت میں ان نتائج کے پیدا کرنے میں قاصر رہتا ہے اور دوسری عورت میں محض اس تشدد کے عشر عشیر سے ہی یہ نتائج مترتب ہو جاتے ہیں، لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ نتیجہ کی تعیین کرنے والے اسباب غیر ذاتی نہیں بلکہ ذاتی ہیں۔ جب تک کہ حاملہ رحم اور اس کے مشمولات کا باہمی تعلق باصحت رہتا ہے تب تک عام طور پر عمومی تشدد کامیاب نہیں ہوتا، بغیر اس کے کہ ماں کی جان خطرے میں پڑ جائے۔ بلکہ حقیقت یہ ہے کہ ماں کی جان خطرہ میں پڑنے پر بھی ہمیشہ کامیاب نہیں ہوتا۔

جب اسقاط حمل واقع کرنے کی نیت سے عمومی تشدد سے استمداد کی جاتی ہے تو ذیل کے طریقوں میں سے ایک یا زیادہ اختیار کیا جاتا ہے۔ جان بوجھ کر سیڑھیوں سے یا بلندی سے گر پڑنا، حد سے زیادہ تنگ شکم بند یا کمر بند (stays) کا استعمال، زور سے پیٹ ملوانا، لگاتار کئی گھنٹوں تک چلنا یا گھوڑے کی پیٹھ پر سوار ہونا یہاں تک کہ جسمانی قویٰ بالکل چور ہو جائیں، اور ان کے علاوہ دیگر ذرائع جو تمام کے تمام انتہائی طور پر بیکار ہیں۔ یہ طریقے بالعموم زیادہ راست اور موثر تر طریقہائے کار کی تمہید ہوتے ہیں۔

مقامی تشدد مجرمانہ اسقاط حمل کے سبب کی حیثیت سے۔ یہ ظاہر کیا جا چکا ہے کہ دواؤں اور تشدد کو بالعموم اسقاط حمل واقع کرنے میں کامیابی نہیں ہوتی۔ تاہم میکانی ذرائع کے استعمال میں زیادہ کامیابی حاصل ہوتی ہے، بشرطیکہ یہ اس انداز پر ڈالے گئے جائیں کہ رحم اور اس کے مشمولات کے درمیان جو تعلقات ہیں وہ مختل ہو جائیں۔ یہ فعل انجام دینے کے لئے یہ ضروری ہے کہ زیر بحث حصص پر توجہ

براہ راست صرف کی جائے۔ عام طریقہ یہ ہے کہ مہبل کے اندر رحم کی جانب کوئی نوکدار اوزار مثلاً تار یا لکڑی کا ٹکڑا اس مقصد سے داخل کیا جاتا ہے 105
کہ فم الرحم کی راہ سے اغشیہ کو مثقوب کر دیا جائے۔ یہ ایک قدیم زمانہ کا عملیہ ہے جس کو سورینس (Soranus) باشندہ افیسس (Ephesus) نے جس کا کہ اوّل صدی کے اخیر میں شہرہ تھا بیان کیا ہے۔ یہ امر کہ اوزار کیا سمت اختیار کرتا ہے عامل کے علم اور چابکدستی پر موقوف ہے۔ ایک پیشہ ور اسقاط حمل کرانے والا جو حصص کی تشریح سے تھوڑی سی بھی واقفیت رکھتا ہے اور جسکو اتنا عملی تجربہ بھی حاصل ہے کہ اس تشریح سے مستفیض ہو سکے۔ وہ بیضے کی اغشیہ کو چھید نے کے مقصد سے اوزار کو کم از کم فم الرحم کی راہ سے تو داخل کرنے کی کوشش کرتا ہے۔ لیکن اگر کوئی کم واقف کار شخص ہو کہ جس نے غالباً اس طریقے کی تفصیل کے متعلق یہی سنا ہو کہ اندام نہانی میں تار کا ٹکڑا گذار دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ خون نکل پڑتا ہے، تو ایسا شخص ضرور ہے کہ مشمولات تک پہنچنے کی کوشش میں عنق یا جسم رحم کو چھید ڈالے۔ ادنیٰ درجہ کے غیر سند یافتہ طبیب اور بعض سند یافتہ طبیب بھی مردانہ دھاتی قسثاطیر کا استعمال کرتے ہیں اور چونکہ وہ اس امر کا خیال رکھتے ہیں کہ رحم کو زخمی نہ کیا جائے لہذا بسا اوقات وہ عورت کی صحت میں زیادہ خلل پیدا کئے بغیر اپنے مقصد کی تکمیل میں کامیاب ہو جاتے ہیں۔ اس امر کو باور کرنے کے لئے وجوہ موجود ہیں کہ بے شمار واقعات میں جب اسقاط حمل مجرمانہ طور پر انجام دیا جاتا ہے تو ان میں عملیہ کا اقدام کرنے والے ایسے اشخاص ہوتے ہیں جو طبی پیشہ سے کچھ تعلق رکھتے ہیں یا ان کا تعلق رہ چکا ہوتا ہے۔ لہذا وہ اغشیہ کے چھیدنے میں اس درجہ کی چابکدستی برتنے کی اہلیت رکھتے ہیں کہ رحم کو ضرر پہنچنے نہیں پاتا اور عملیہ میں جو خطرہ ہے اس میں اس وجہ سے معتد بہ حد تک تخفیف ہو جاتی ہے اور اس لئے جرم کا سراغ ملنے کا امکان بھی کم ہو جاتا ہے۔
بعض اسقاط حمل کرانے والے پیشہ وروں کا یہ دستور ہے کہ وہ اوزار داخل کرنے کے بعد عورت کو یہ مشورہ دیتے ہیں کہ درد یا ترف ہونے پر جس قدر جلد ممکن ہو کسی مسجل شدہ (registered) طبیب سے رجوع کریں گویا طبیب کے

روبرو یہ واردات قدرتی اسقاطِ حمل کی حیثیت سے آتی ہے اور شک پیدا ہونے کا احتمال کمتر ہو جاتا ہے۔

جن واقعات میں مجرمانہ اسقاط حمل انجام دیا جاتا ہے وہ عدالت کے سامنے شاذ ونادر ہی آتے ہیں، الّا اس صورت میں جب کہ یہ عمل ماں کے لئے مہلک ثابت ہو چونکہ یہ جرم خود عورت کے کہنے پر کیا جاتا ہے اور وہ جرم میں شریک ہوتی ہے، لہذا یہ بالکل ایک قدرتی امر ہے کہ وہ اس کو چھپانے کی کوشش کرے جس میں بالعموم وہ کامیاب بھی رہتی ہے۔ تاہم جب اس کی حیات خطرے میں پڑ جاتی ہے تو جائز مشورہ طبّی کی ضرورت پڑتی ہے اور اس سے دوسروں پر راز فاش ہو جاتا ہے۔ مہلک نتائج زیادہ تر عامل کی جہالت یا بے پروائی اور مریضہ کی بے احتیاطی سے پیدا ہوتے ہیں۔ ماہران قبالت کو یہ اچھی طرح معلوم ہے کہ جنینی اغشیہ کو چھیدنے کے بعد رحم کے مشمولات کا اخراج ہمیشہ فوراً وقوع پذیر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ اس سے قبل چند ایام جمود کے گزریں۔ ان حالات میں عورت بے صبر ہو جاتی ہے، اور پیشہ ور اسقاطِ حمل کرنے والے کو زیادہ موثر تدابیر اختیار کرنے پر مجبور کرتی ہے، جس سے ممکن ہے کہ ایک مشاق بھی غیر ضروری تشدد برتنے پر مائل ہو جائے اور وہ رحمی غشاء مخاطی کو مثقوب یا مشقوق کر ڈالے جس سے عفونت الدم (septicælmia) پیدا ہو جائے۔ پیشہ ور اسقاط حمل کرنے والوں کو اکثر اوقات بے اعتدالی کی عادت ہوتی ہے اور وہ شراب کے زیر اثر اپنی معمولی احتیاط سے بھی کام نہیں لیتے اور اپنے ارادہ سے زیادہ نقصان پہنچا ڈالتے ہیں۔ چونکہ مریضہ بھی ایسا رویہ اختیار کرنے پر مجبور ہوتی ہے جیسے کچھ فکر کی بات ہی نہیں لہذا وہ اپنا روزانہ کام کاج کیے جاتی ہے جس سے خطرے میں ایک مزید عنصر کا اضافہ ہو جاتا ہے۔

مجرمانہ اسقاط حمل انجام دینے والے لوگ بعض اوقات اغشیہ کے سادہ انشقاب سے بھی زیادہ دلیرانہ ذرائع اختیار کرتے ہیں۔ وہری[1] (Wherry) نے ایک

---

[1] Brit. Med. Journal, 1881.

عورت کا واقع درج کیا ہے جو تین ماہ سے حاملہ تھی۔ اس کا مضغہ ایک پیشہ ور اسقاط حمل کرنے والے نے ایک ایسی شئے سے جس کو وہ نقرئی خطاف (hook) بیان کرتی تھی، رحم کے اندر ہی کاٹ کر ٹکڑے ٹکڑے کردیا۔ ٹانگوں اور بازوؤں اور سر کو تن سے جدا کر دیا گیا تھا، اور یہ ٹکڑے ایک ایک کرکے نکلے تھے۔ ان میں تحلیل کی کوئی امارت نہیں پائی جاتی تھی اور مضغہ کی جلد گلگول اور سخت تھی اسکے بعد عورت کو التہاب باریطون ہوگیا لیکن وہ صحتیاب ہوگئی۔

گاہے گاہے ایسی نڈر عورتیں بھی ہوتی ہیں جو اسقاط حمل کرانے کے لئے طبی پیشہ کے موقرارکان کی چابکدستی سے بفریب مستفیض ہونے کی کوشش کرتی ہیں ایسی عورتیں کسی طبیب کے مطب میں یا کسی شفاخانہ کے بیرونی مریضوں (outpatients) کے کمرہ میں چلی جاتی ہیں اور بیان کرتی ہیں کہ وہ رحم کی غیر وضعیت (displacement) میں مبتلا ہیں اور نیز یہ کہ یہ پہلا موقعہ نہیں ہے کہ ان کا عضو غیر وضعی ہوگیا ہے اور گذشتہ موقعوں پر جس طبیب سے انہوں نے مشورہ طلب کیا تھا اس نے رحمی مجس (sound) کے ذریعہ رحم کو سیدھا کردیا تھا یا اپنی جگہ بحال کر دیا تھا۔ یہ بتانے کی چنداں ضرورت نہیں کہ جب حمل کے امکان کے متعلق سوالات کئے جاتے ہیں تو ان کے جواب سے ہوشیاری سے گریز کیا جاتا ہے، اور چونکہ اس فریب وہی کا اقدام ابتدائی مہینوں میں کیا جاتا ہے ایک غفلت شعار طبیب آسانی سے فریب میں آجاتا ہے۔ اسقاط حمل اس طرح واقع کیا جاسکتا ہے کہ بیضے اور رحمی دیواروں کے درمیان ایک شمعہ (bougie) داخل کرکے اس کو وہیں پڑا رہنا دیا جائے حتیٰ کہ اخراج ہوجائے یا گرم پانی کے مہبلی نطولوں (douches) کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے یا لچکدار موسعات (dilators) کے ذریعہ عنقی قنال کا اتساع کرکے واقع کیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ طریقے ایسے ہیں کہ عام طورپر ان کو ماہر اشخاص ہی اختیار کرسکتے ہیں۔ ڈی لاٹوش (De la Touche)

106

ؔSemaine Gynecol., 1896. ؎

ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے کہ اس نے پچکاری کی ٹونٹی کو خود بخود فم الرحم کے اندر داخل کر لیا اور پھر ایک اسقاط حمل کرنے والی عورت پچکاری کے گوکلے پر دست درازی کرنے لگی لیکن ابھی نصف اشراب بھی رحم تک نہ پہنچنے پایا تھا کہ مریضہ بے ہوش ہوگئی اور یکایک مرگئی۔ امتحان لاش پر اغشیہ رحم کے زیرین قطعہ سے جدا شدہ پائے گئے لیکن مشیمی منطقہ صحیح و سالم تھا۔ موت کا سبب بظاہر غشیان تھا۔ کیونکہ اور کچھ غیر طبعی بات نہیں پائی گئی۔ غشیان جو کہ ممکن ہے مہلک ثابت ہو، گاہے رحمی مجس کے ادخال سے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو وہ فصل جو کہ ناگہانی موت پر لکھی گئی ہے صفحہ 31)۔

گاہے ایک عورت بلا واسطہ میکانی ذرائع سے اپنا اسقاط حمل انجام دینے کی خود کوشش کرتی ہے۔ اس مقصد کے لئے مختلف اوزار استعمال کئے جاتے ہیں۔ پارٹرج (Partridge) نے ایک سات ماہ کی حاملہ عورت کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس نے ایک ہیرپن (hairpin) کی نوک نیچے کی جانب رکھکر اس کو رحم کے اندر داخل کر لیا، اور اسی طرح پڑا رہنے دیا۔ تین ہفتہ تک اسقاط حمل واقع نہیں ہوا۔ بعد کو وہ عورت بیمار ہوگئی اور اس نے طبی مشورہ طلب کیا۔ تب اس کو معلوم ہوا کہ ہیرپن (hairpin) تو رحم کی دیواروں میں گھس گئی ہے۔ فم کا اتساع کیا گیا اور ہیرپن کو جس کو داخل ہوئے ۲۳ دن ہو چکے تھے مع بیضے کے نکالا گیا لیکن مریضہ التہاب باریطون سے مرگئی۔ گرین[۲] (Green) نے ایک شادی شدہ عورت کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس نے اپنے رحم کے اندر ایک عقابی خطاف (crochet-hook) داخل کر لیا کیونکہ اس ترکیب سے وہ ایک گذشتہ موقعہ پر بھی کامیابی حاصل کر چکی تھی۔ یہ خطاف اس کی انگلیوں میں سے پھسل گیا اور اگرچہ اس نے ایک مخ برار

---

[۱] New York Med. Journ., 1884

[۲] Brit. Med. Journ., 1912

چمچہ کے ذریعہ اس کی تلاش کی لیکن وہ اسے دوبارہ نہ مل سکا۔ تین دن بعد جب اس عورت کو دیکھا گیا تو وہ شکم کے زیرین حصہ میں درد کی شکایت کرتی تھی اور مہبل سے قدرے نزف بھی واقع ہو چکا تھا۔ اس کے پھر تین دن بعد وہ یہ کہنے لگی کہ وہ شکم میں خطاف کو محسوس کر سکتی ہے۔ اور ناف اور عانہ (pubes) کے بالکل بیچوں بیچ ایک مقام کی جانب جہاں ایک سخت جسم حس جا سکتا تھا اشارہ بھی کرتی تھی۔ اس جگہ شگاف دینے پر وہی خطاف جو ہڈی کا تھا اور ۴½ انچ لمبا تھا کا ساریقا (mesentery) کی تہوں کے درمیان پڑا ہوا پایا گیا۔ اور اس عورت کو بلا رکاوٹ صحت ہو گئی۔ لیکن جو امر تعجب خیز تھا وہ یہ تھا کہ شکم کے اندر ایک غیر عقیم شدہ اوزار چلے جانے اور گیارہ دن تک وہاں پڑے رہنے سے بھی کوئی عفونتی خرابی پیدا نہ ہوئی۔

پرسی[ا] (Percy) ایک واقعہ درج کرتا ہے کہ کسی نوجوان عورت نے مہبل کے اندر قثاطیر (catheter) داخل کر کے اپنا اسقاط حمل کرنے کی خود کوشش کی۔ اس کے نتیجہ کے طور پر درد پیدا ہو گیا اور خون بہنے لگا۔ دو دن بعد اس نے کسی طبیب سے مشورہ طلب کیا۔ طبیب نے یہ فیصلہ کر لیا کہ اسقاط حمل کی تکمیل ہونے کی ضرورت ہے۔ طبیب اوزار داخل کرتا رہا اور کئی گھنٹے تک مشغول رہا جس سے نہایت ہی جانگداز درد اور شدید نزف پیدا ہو گیا۔ اس کے دو گھنٹے بعد اس کو مہبل میں امعا کا ایک چیز ملا جس کے بعد اس نے مہبل کو تو وہیں بھر دیا اور مریضہ کو شفاخانہ میں بھیج دیا۔ داخلہ کے وقت مریضہ پر ہبوط طاری تھا اور مہبل سے خون جاری تھا۔ شکم شگافی (laparotomy) عمل میں لائی گئی جس سے معلوم ہوا کہ سینی خم (sigmoid flexure) ۲۰ انچ تک اپنے ماساریقا (mesentery) سے جدا ہو گیا ہے۔ مثانہ میں ایک ½ ۴ انچ لمبا چاک اور مہبل کی مقدم دیوار میں ایک انثقاب بھی موجود ہے۔ سینی خم کا ایک حلقہ مثانہ کو بھر رہا ہے اور مہبل کے اندر ابھرا ہوا ہے۔ کہفہ شکم میں خون کے تھکے اور روئی کے تین پھوئے پائے گئے جن کی جسامت آدمی کی مٹھی

[ا] Surgical Clinics of Chicago, vol. i., 1917.

آدمی تھی رحم کو کوئی تضرر نہیں پہنچا تھا، اور نہ حمل میں کوئی خلل واقع ہوا تھا۔

سینی معاء کے جس حلقے سے اساریقا (mesentery) اتر گیا تھا، اسے کاٹ کر الگ کر دیا گیا اور مہبلی دیوار اور مثانہ میں جو چاک تھے ان کی مرمت کر دی گئی۔ مریضہ کو پوری پوری صحت ہو گئی، اور حمل میں انقطاع واقع نہیں ہوا۔

مجرمانہ اسقاط حمل واقع کرنے کی کوشش بالعموم حمل کے ابتدائی مہینوں میں یعنی شکم کی کلانی رونما ہونے سے قبل کی جاتی ہے۔ نوجوان اور ناتجربہ کار لڑکیاں بالعموم پہلے پہل ادویہ استعمال کرتی ہیں اور جب ان کی بے اثری ثابت ہو جاتی ہے تو پھر پیشہ ور اسقاط حمل کرنے والے سے رجوع کرتی ہیں، اور اس وجہ سے اسقاط حمل کا وقوع تیسرے یا چوتھے ماہ یا اس کے بعد تک ملتوی ہو جاتا ہے لیکن جو عورتیں زیادہ تجربہ کار ہوتی ہیں، جونہی ان کو اپنی حالت کا شبہ ہوتا ہے، یعنی جونہی حیض کے ایک دور میں ناغہ ہو جاتا ہے تو وہ میکانی مدد کی طالب ہوتی ہیں۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ مجرد کے علاوہ شادی شدہ عورتیں بھی جبری اسقاط حمل سے رجوع کرتی ہیں۔ ابتدائی مہینوں میں رحم کے ساتھ بیضہ کی چسپیدگی بالکل کمزور ہوتی ہے، بدیں وجہ بلا واسطہ میکانی اختلال کا اسے اسقاط حمل ہو جانا ایک یقینی امر ہے۔ اور اگر یہ عمل کارگر ثابت ہو، تو عملیہ کے بعد چند گھنٹے سے لیکر تین چار دن تک میں رحم اپنے مشمولات خارج کر دیتا ہے۔ لیکن یہ ایک بالکل ممکن امر ہے کہ حاملہ رحم کے کہفہ کے اندر رحمی مجس (uterine sound) داخل کرنے کے باوجود اسقاط حمل وقوع پذیر نہ ہو۔ ان مثالوں میں اغشیہ منقوب نہیں ہوتے اور کند مجس (sound) اغشیہ اور رحم کے درمیان سے گزر جاتا ہے اور بہت کم علحدگی واقع کرتا ہے۔ کئی ماہران امراض نسوانی (gynæcologists) نے نادانستہ طور پر حاملہ رحم میں مجس (sound) داخل کر دیا ہے تاہم اس سے کوئی بڑا اثر پیدا نہیں ہوا۔ سیکسنجر[له] (Saxinger) ایک واقعہ بیان کرتا ہے کہ ایک

له Maschka's Handbuch, Bd, 8.

طبیب نے (اس خیال کے زیر اثر کہ اس کو عضو کی ایک مرضیاتی کیفیت سے واسطہ پڑا ہے) دو مختلف موقعوں پر ابتدائی مہینوں میں ایک حاملہ عورت کے رحم میں مجس داخل کر دیا لیکن اس سے حمل کے طبعی ممر میں کچھ خلل واقع نہ ہوا۔

مجرمانہ اسقاط حمل کا امالہ مریضہ کی حیات کو دو طرح سے مخدوش کر دیتا ہے۔ ایک تو اس وجہ سے کہ وافر نزف واقع ہو جاتا ہے جو مشیمہ یا دیگر حاصل حمل کے باقی رہ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا اس وجہ سے کہ عفونتی التہابی اعمال پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیسر[1] (Lesser) نے بیان کیا ہے کہ یہ امر کہ اوزاروں کے ذریعہ واقع شدہ اسقاط حمل میں رحم کو کسقدر تضرر پہنچتا ہے؟ اس امر پر کہ عورت کتنی مدت تک زندہ رہتی ہے زیادہ اثر انداز نہیں ہوتا، کیونکہ عفونت الدم سے ہمیشہ موت ہو جاتی ہے۔ اسقاط حمل کے بعد اگر عفونت الدم نمودار ہو تو یہ ایک شک پیدا کرنے والی علامت ہے کیونکہ یہ اس امر کی جانب اشارہ کرتی ہے کہ اسقاط حمل کا سبب میکانی مداخلت ہے۔ جب اس کو مدنظر رکھا جاتا ہے کہ اوزاروں کو عقیم بنانے کی ذرا بھی کوشش نہیں کی جاتی تو اس امر پر کہ مجرمانہ اسقاط حمل کے بعد کس کثرت سے عفونتی التہاب پیدا ہوتا ہے ذرا بھی تعجب نہیں ہوتا لیکن یہ امر فراموش نہیں کرنا چاہیئے کہ اگر مرضیاتی اسباب سے بیضہ مرجائے گندیدگی کے حاصلات کے جذب ہو جانے کی وجہ سے بھی عفونتی التہاب پیدا ہو سکتا ہے خود بخود اسقاط حمل ہو جانے کے بعد مشیمہ یا اس کے کسی جزو کے باقی رہ جانے سے بھی اکثر اوقات عفونت الدم پیدا ہو جاتی ہے۔

اسقاط حمل کی امارات زندہ میں

اس امر کی علامات کہ اسقاط حمل واقع ہو چکا ہے اس لحاظ سے اختلاف پذیر

---

[1] Atlas der ger. Med. (Zweite Abtheilung), 1891.

ہوتی ہیں کہ اسقاط کس زمانۂ حمل میں ہوا ہے اور اس کے وقوع اور امتحان کے درمیان کس قدر وقفہ گزر چکا ہے۔ اگر حمل پہلے یا دوسرے ماہ میں منقطع ہو تو جلد امتحان کرنے پر بھی اس منظر سے جو کہ معمولی دورِ حیض کے ہمراہ پایا جاتا ہے بہت کم فرق پایا جائے گا اور اگر چند دن گزر گئے ہوں تو حصص اپنی معمولی حالت پر عود کر چکے ہوں گے۔ اگر اسقاط حمل تین یا چار ماہ کے بعد واقع ہو تو اس کے فوری اثرات رحم، مہبل کی کم و بیش کشادہ حالت باقی رہ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ فرج بھی متورم ہو۔ سپیجلبرگ[1] (Spiegelberg) بیان کرتا ہے کہ عنق الرحم کی قیف نما حالت جس میں یہ نیچے سے اوپر کی جانب تنگ ہوتی جاتی ہے، اسقاط حمل کے حالیہ وقوع کی ایک بہت ہی امتیازی علامت ہے۔ پستانوں کی حالت کی بھی تحقیق کرنی چاہئے۔ حمل جتنا زیادہ ترقی یافتہ ہوگا اسقاط حمل کی امارات ان امارات سے جو میعاد کے وضع حمل پر پائی جاتی ہیں، اتنی ہی زیادہ مماثل ہونگی چونکہ اسقاط حمل کی امارات میعاد کے وضع حمل کی امارات کی بہ نسبت کم نمایاں ہوتی ہیں اس لئے یہ زیادہ جلد زائل بھی ہوجاتی ہیں عورت کا امتحان بیان کردہ اسقاطِ حمل کے وقوع سے ۲۴ گھنٹہ کے اندر اندر انجام دینا چاہئے ورنہ اس سے بہت کم معلومات حاصل ہوسکے گی۔ ممکن ہے کہ التہاب الرحم اور التہاب باریطونی کی مرضیاتی علامات بھی پائی جائیں۔

108

اسقاطِ حمل کی امارات مردہ میں

ابتدائی شگافات دیتے وقت، اور رحم کو چسپیدہ مہبل سمیت جدا کرتے وقت اس امر کی سخت احتیاط کرنے کی ضرورت ہے کہ رحم کو

---

[1] Lehrbuch der Geburtschülfe.

کسی طرح کوئی ضرر نہ پہنچے۔ مہبل کو چیر کر کھول لینے سے اس امر کے متعلق کچھ نہ کچھ رہنمائی حاصل ہوتی ہے کہ رحم کی دیواروں میں کونچوں کا پتہ لگانا ہو تو اس کی تقطیع کے لیئے کون سی سمت بہترین ثابت ہوگی اگر کوئی کونچا یا دریدگی پائی جائے تو اس کو باحتیاط ماپنا چاہیئے، اور اس کا محل وقوع اور سمت دریافت کرنی چاہیئے۔ کہفہ کا طول وعرض اور رحمی دیواروں کی موٹائی ماپنی چاہیئے۔ رحم کے جرم کے اندر التہابی حاصلات کا وجود کوئی گرد رحمی التہاب ہو تو اس کا محل وقوع، کہفہ میں غشاء مخاطی کا وجود یا عدم وجود، رحم کی دیواروں کا کیا منظر ہے یہ سب امور سلسلہ وار دریافت کرنے چاہیئیں۔ اگر حمل کا تیسرا مہینہ ختم ہو چکا ہے تو مشیمہ کی مقامیت غالباً نمیز ہوگی۔ جن طبیبوں نے ایسے رحم کو جس سے قدرتی طور پر حالیہ وضع حمل ہوا ہو نہ دیکھا ہو اندیشہ ہے کہ وہ پیش کردہ مناظر سے غلط نتائج اخذ کریں گے، خاص کر اگر حمل اخیر مہینوں تک پہنچ چکا ہو۔ کہفہ کی دیواریں سیاہ اور ناہموار ہوتی ہیں جیسے یہ کوفتہ (bruised) ہوں اور یہ خیال پیدا کرتی ہیں کہ تشدد سے کام لیا گیا ہے فعلیاتی کیفیت اور اس کیفیت کے درمیان جو بیکانی بدسلوکی کا نتیجہ ہوتی ہے فرق کرنے میں نہایت احتیاط برتنے کی ضرورت ہے۔

اجسام صفر (corpora lutea) کیلئے مبیضات کا امتحان کرنا چاہیئے۔ یہ اس لئے نہیں کہ اس طریق پر حاصل کردہ معلومات کچھ اہمیت رکھتی ہے بلکہ اس لئے کہ اس موضوع پر ذیل (counsel) کی جانب سے سوالات پوچھے جا سکتے ہیں۔ تناسلی اعضا کی حالت دریافت کرنے کے علاوہ معدہ اور امعا کی کیفیت بھی تحقیق کرنی چاہیئے، شائد ایک یا زیادہ نام نہاد مسقطات الحمل کے کھلانے سے جو خراش آور تسمم پیدا ہوتا ہے اس کی کوئی علامت ملے۔ اسی غرض سے گردوں کا بھی امتحان کرنا چاہیئے استثنائی وارداتوں میں اسقاط حمل واقع کرنے کے لئے مہبل کے اندر کاوی سیال کا اشراب کر دیا گیا ہے۔ لہذا مہبل کے غشاء مخاطی کی حالت بھی دیکھنا چاہیئے سب سے آخر یہ کہ اگر تناسلی خط میں کوئی مضغہ پایا جائے تو اس کی اغلب عمر دریافت کرنی چاہیئے۔

درون رحمی زندگی کے پہلے پانچ ماہ کے عرصہ میں مضغی نمو کے کیا

مدارج ہیں، اس کا خلاصہ ذیل میں درج کیا گیا ہے ۔

ایک ماہ ۔ مضغہ کا طول راسی (cephalic) منحنی سے لیکر ذنبی (caudal) منحنی تک خط مستقیم میں ¼ انچ اور انحنا کے ساتھ ساتھ ⅓ انچ ہوتا ہے اور بیضہ کا طول ¾ انچ ہوتا ہے ۔ جوارح کا وجود واضح ہوتا ہے ۔ انفی نشیب منہ کا محل وقوع ظاہر کرنیوالی درز آنکھوں کی جگہ ظاہر کرنے والے دو سیاہ نقطے، معہ سّری کیسک اور عروق و موی پائے جاتے ہیں ۔ انفس، مضغہ کے قریب ہوتا ہے، اور خملی سلی سے اس کو ایک شفاف کہفہ جدا کرتا ہے ۔

109 دو ماہ ۔ مضغہ کا طول راسی منحنی کے بلند ترین مقام سے لیکر ذنبی منحنی تک خط مستقیم میں ½ انچ ہوتا ہے ۔ اور منحنی کے ساتھ ساتھ تقریباً ایک انچ ہوتا ہے ۔ اسکا وزن ۶۰ گرین ہوتا ہے، انفی اور فمی فتحات ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں ۔ سر جسم سے متمیز ہوتا ہے ۔ سلویائی حفرہ (Sylvian fossa) متمیز ہوتا ہے ۔ ابتدائی گردے [ولفیائی اجسام (Wolffian bodies] قریب قریب غائب ہو چکے ہیں اور بولی اور تناسلی اعضا میں تقسیم شدہ ہوتے ہیں ۔ زیریں جبڑے، ترقوہ (clavicle) پسلیوں میں اور فقرات (vertebræ) کے اجسام میں تعظم کے پہلے مراکز ظاہر ہو چکے ہیں ۔ انفس سلی سے متماس ہوتا ہے ۔ اور انفسی کہفہ میں زیادہ سیال پایا جاتا ہے ۔ سلی کے خملات ایک مقام پر خاص طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں کلمیہ (allantois) کے ولد مرئی باقیات، سلی میں گزرنے والے سّری عروق ہوتے ہیں ۔

تین ماہ ۔ مضغہ ¾ ۲ سے ½ ۳ انچ تک لمبا ہوتا ہے اور اس کا وزن ۳۰۰ سے ۵۰۰ گرین تک ہوتا ہے ۔ سر کو دھڑ سے گردن جدا کرتی ہے ۔ پسلیاں اس قدر کافی نمو یافتہ ہوتی ہیں کہ سینہ اور شکم کے درمیان امتیاز کرنا ممکن ہوتا ہے ۔ غشاء الحدقہ موجود ہوتی ہے ۔ پپوٹے اور ہونٹ بند ہوتے ہیں ۔ دانت بننے شروع ہو گئے ہیں ۔ ہاتھوں کی انگلیاں اور پیروں کی انگلیاں اور ناخنوں کے مبادیات (rudiments) تمیز ہو سکتے ہیں قضیب اور بظر (clitoris) مساوی الطول ہوتے ہیں صنفی تفرّق شروع ہوتا ہے ۔ سلی کے بہت سے خملات زائل ہو چکے ہیں ۔ مشیمہ متمیز ہوتا ہے ۔ حبل سُرّی مرغولہ دار تقریباً ¾ ۲ انچ لمبی اور خط ابیض (linea albe) کے ربع زیریں میں منتہی ہوتی ہے ۔ صادق غشاء ساقط یا منعکس غشاء

ساقط باہم متماس ہوتی ہیں۔

چار ماہ۔ مضغہ ۴ سے ۶ انچ تک لمبا ہوتا ہے اور اس کا وزن ۲ سے ۴ اونس تک ہوتا ہے۔ سر جسم کے طول کی چوتھائی کے برابر ہوتا ہے۔ منہ کھلا ہوتا ہے۔ ناک کان اور آنکھیں متمیز ہوتی ہیں۔ بیرونی کان کا طول ۵،۵ سے ۵ ملی میٹر ہوتا ہے۔ جلد زیادہ سخت ہوتی ہے۔ بال دیعنی روئیں اُبھنے شروع ہو گئے ہیں۔ غشاء حدقہ بالکل واضح ہوتی ہے۔ پپوٹے بند ہوتے ہیں قسدالی (occipital) تختہ نشانز د ہو چکا ہے۔ عجز (sacrum) کے زیرین قطعے میں مراکز تعظم موجود ہیں۔ مشیمہ نسبتاً بڑا ہے اور اس کا وزن تقریباً ۲ ۱/۴ اونس ہوتا ہے۔ جبل السری کا طول ۷ ۱/۴ ہوتا ہے۔ یہ زیادہ مرغولہ دار ہوتی ہے اور وہارٹن کا فالودہ (Wharton's) (jelly) پیدا ہو جانے سے موٹی ہو گئی ہوتی ہے۔ یہ خط ابیض (linea alba) کے زیرین ربع سے اوپر منتہی ہوتی ہے۔ صنف متمیز ہو سکتی ہے۔ سلی اور انفس باہم متماس ہوتے ہیں۔ جوارح کی حرکات بھی مشاہدہ کی گئی ہیں۔

پانچ ماہ۔ مضغہ ۷ سے ۱۰ ۱/۲ انچ تک لمبا ہوتا ہے اور اس کا وزن ۱۰ اونس ہے۔ سر ابھی تک غیر متناسب طور پر بڑا ہوتا ہے۔ اور اس پر بال اُگنے شروع ہو گئے ہیں۔ ابروؤں کے ساتھ ساتھ اور پیشانی پر روئیں اُگنے شروع ہو گئے ہیں۔ جلد سرخ ہوتی ہے، اور اس کی سطح دمام جبنی (venix caseosa) سے ڈھکی ہوتی ہے۔ پپوٹے بند ہوتے ہیں غشاء الحدقہ ہنوز موجود ہے۔ بیرونی کان کا طول ۸ سے ۱۲ ملی میٹر تک ہے۔ ناخن بن رہے ہیں اس ماہ میں صدغی (temporal) اور جبہی (frontal) الطباق اُگ آتے ہیں اور سلویائی (Sylvian) حفرہ مثلث ہو جاتا ہے۔ ریل (Reil) کے جزیرہ کی سطح پر تجویفوں کے نشانات پڑ جاتے ہیں۔ عانہ (pubes) اور عظم العقب (os calcis) میں تعظمی مراکز موجود ہوتے ہیں اور امعاء کے اندر صفراء آلود سیال پایا جاتا ہے۔ مشیمہ کا وزن ۶ اونس ہوتا ہے۔ جبل سری کا طول ۱۲ انچ ہوتا ہے۔ ماں مضغہ کی حرکت کو محسوس کر سکتی ہے۔

اس کے بعد کے نموی مدارج صفحہ ۱۹ پر بیان کئے گئے ہیں۔

باب ۱۵

بچہ کُشی

(INFANTICIDE)

اگر محدود اور اصطلاحی معنے لئے جائیں تو بچہ کشی سے مراد کسی بچہ کو بوقت ولادت یا اس کے جلد ہی بعد مار ڈالنا ہے۔ لفظی طور پر تو چند ہفتہ کی عمر کے بچہ کو مار ڈالنا بھی بچہ کشی ہی قرار دینا چاہیئے، لیکن ایسی مثال طبّی قانون داں کیلئے بالکل مختلف پہلو پیش کرتی ہے کیونکہ اس میں جو شہادت درکار ہے وہ اسی قسم کی ہے جو کہ زیادہ عمر کے اشخاص کے قتل کے مقدمات میں درکار ہوتی ہے۔

صادق بچہ کشی کے واقعہ میں طبّی گواہ سے اس سے بہت زیادہ کچھ طلب کیا جاتا ہے اس امر کے ثبوت کے لئے کہ قتل کا ارتکاب ہو چکا ہے شرط یہ ہے کہ مقتول ایک جداگانہ ہستی رکھ چکا ہو۔ چنانچہ اگر بچہ کو دوران ولادت میں یا کامل طور پر تولد ہو چکنے سے قبل ہلاک کر دیا جائے تو موجودہ قانون کی رو سے یہ کوئی جرم نہیں ہے ہاں اگر اس کو قبل ولادت ایسے تضررات پہنچائے جائیں جو ولادت کے بعد اس کی موت کا باعث ہوں تو پھر قتل کا قانون عائد ہوتا ہے۔" قانون کی نگاہ میں ایک جزوی طور پر پیدا شدہ بچہ جداگانہ ہستی نہیں رکھتا خواہ یہ سانس لے سکتا ہو اور ایک جداگانہ فرد کی حیثیت سے اپنی حیات قائم رکھنے کے قابل ہو چکا ہو۔ بدیں وجہ طبی گواہ کو بچہ کشی کے مقدمہ میں نہ صرف معمولی مقدمات قتل کی مانند سبب موت کے متعلق ہی شہادت دینی پڑتی ہے بلکہ اس کو اس بات کی مزید تحقیق کرنا پڑتی ہے

کہ آیا بچہ سانس لے چکا ہے یا نہیں اور آیا وہ زندہ پیدا ہوا تھا یا نہیں۔ چونکہ بچہ کشی کا ارتکاب بالعموم وضع حمل کے وقوع کو چھپانے کی غرض سے کیا جاتا ہے لہذا یہ فعل خفیہ طور پر اور اکثر مثالوں میں بغیر کسی دوسرے شخص کی مدد کے کیا جاتا ہے چنانچہ زندہ ولادت کا بار ثبوت طبی گواہ کے ذمہ ہوتا ہے۔
بچہ کشی کے مقدمات میں جن سوالات پر غور کرنا ضروری ہے وہ ایک تو ماں سے متعلق ہوتے ہیں اور دوسرے بچہ سے۔
ملزمہ کے متعلق یہ سوال ہوتا ہے کہ اس نے بچہ کب جنا ہے۔ آیا حال ہی میں جنا ہے یا ولادت بچہ کے بعد بظاہر جتنی مدت گزر چکی ہے اس کے مطابق کسی اور وقت پر۔ اس سوال کے حل کے لئے امارات وضع حمل سے جن پر پہلے بحث ہو چکی ہے معیار حاصل ہوتے ہیں۔
بچہ کے متعلق جو سوالات کئے جاتے ہیں وہ امور ذیل سے تعلق رکھتے ہیں
(۱) وہ کس درجہ پختگی کا ہے (۲) کیا وہ سانس لے چکا ہے یا نہیں (۳) کیا وہ زندہ پیدا ہوا تھا، اور اگر ہوا ہے تو وہ کتنی مدت تک زندہ رہا (۴) سبب موت کیا تھا (۵) اس کو مرے کتنی مدت ہوئی ہے۔

۱۔ بچہ کا درجہ پختگی کیا ہے

یہ امر اس طرح دریافت کیا جاتا ہے کہ ان علامات عمر کے لحاظ سے جسم کی بغور تحقیق کی جاتی ہے یہ علامات اسکی جو کہ اس موضوع سے متعلق ہے فصل میں بیان کی جا چکی ہیں

۲۔ کیا بچہ سانس لے چکا ہے

اس سوال کے جواب کی ضرورت ہو تو کششوں کا (الف) حجم (ب) رنگت

(ج) بستگی (consistence) (د) اور کثافت نوعی (سیال سکونی کا شفہ) کے لحاظ سے امتحان کرنا چاہئے۔ نیز معدے اور امعاء میں ہوا کے وجود یا عدم وجود سے توثیقی شہادت حاصل ہوتی ہے۔

(ا) ششوں کا حجم تنفس سے قبل اور تنفس سے بعد۔ جب کسی ایسے نوزائیدہ بچہ کے سینہ کو کھولا جاتا ہے کہ جس نے سانس نہ لیا ہو تو اس کے ششش بمشکل دکھائی دیتے ہیں۔ کہفہ صدری زیادہ تر قلب اور تھائیمس (thymus) غدہ سے بھرا ہوا ہوتا ہے۔ اگر ان اعضا کو ایکطرف ہٹا دیا جائے یا صدری دیوار میں جو فتحہ ہے اس کے حاشیوں کو اچھی طرح کھولا جائے تو ششش نقری عمود کے قریب پڑے ہوئے دکھائی دیں گے ششوں کے تیز کنارے سامنے کو پسلیوں کے ایک ثلث طول تک پہنچتے ہیں۔ ان سے ڈایا فرام (diaphragm) کا صرف پچھلا حصہ ہی ڈھکا ہوتا ہے۔ اگر بچہ نے سانس پورے طور پر لیا ہے تو ششوں سے صدر کم وبیش بھری ہوئی ہوتی ہے اور غلاف القلب جزوی طور پر ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ دائیں ششش کی بہ نسبت بایاں بالعموم زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ ششوں کے تیز اور پتلے کنارے گول ہو گئے ہوتے ہیں اور ان کی زیرین سطح سے ڈایافرام (diaphragm) کی قوس کا اکثر حصہ ڈھکا ہوتا ہے۔ اگر ایسے بچہ کے ششش میں کہ جس نے سانس لیا ہے اور ایسے بچہ کے ششش میں جس نے سانس نہیں لیا حجم کا اختلاف ہمیشہ اتنا ہی نمایاں ہوتا کہ جتنا اوپر بیان کیا گیا ہے تو مزید شہادت کی چنداں ضرورت نہ ہوتی لیکن جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ دو انتہائی مثالوں کا ذکر ہے، یعنی مطلق عدم تنفس کا مقابلہ کامل طور پر قائم شدہ تنفس سے کیا گیا ہے۔ آخر الذکر حالت میں غلطی کا بہت کم احتمال ہے۔ لیکن اگر بچہ نے کمزور یا ناکامل سانس لیا ہو تو اسکے ششوں کے حجم میں اور اس حجم میں جو کہ منفغی حالت میں پایا جاتا ہے، ذرا ہی فرق ہو گا اور ممکن ہے کہ کچھ فرق بھی نہ ہو۔ ان مثالوں میں ششوں کے معائنے سے کچھ بھی معلوم نہیں ہو سکتا۔

ڈایافرام (diaphragm) کا محل وقوع ششوں کے حجم کی افزونی نہ صرف ان کو آگے کی جانب ہی پھیلا دیتی ہے بلکہ نیچے کی جانب بھی پھیلا دیتی ہے جس کا

نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ڈایا فرام (diaphragm) کی قوس پست ہو جاتی ہے جن بچوں نے سانس نہ لیا ہو قوس کا بلند ترین حصہ ان کی چوتھی یا پانچویں پسلی کے لیول پہ ہوتا ہے اور تنفس کے بعد یہ گر کر چھٹی یا ساتویں پسلی کے لیول پر آجاتا ہے۔ ناکامل تنفس کے بارے میں جو کچھ کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ ظاہر ہے کہ ڈایا فرام (diaphragm) کا درجہ بلندی صرف ایسی مثالوں ہی میں امتیازی ہوتا ہے جو خوب نمایاں ہوں۔ اشتکوک مثالوں کا تصفیہ کرنے میں یہ نقطہ بیکار ثابت ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں میں بھی جن میں بچے کامل طور پر سانس لے چکے ہوں ڈایا فرام (diaphragm) تقریباً اتنا ہی بلند پایا گیا ہے جتنا بلند کہ وقوع تنفس سے قبل پایا جاتا ہے۔ اعمال گندیدگی سے صدر یا شکم میں جو گیس (gases) یا سیالات پیدا ہو جاتے ہیں ان سے بھی ڈایا فرام (diaphragm) کا انحنا بدل جاتا ہے۔

(ب) ششوں کی رنگت قبل از تنفس اور بعد از تنفس

قبل از تنفس پھیپھڑوں کا رنگ پھیکا بھورا ہوتا ہے۔ یہ جگر سے مشابہ لیکن اس سے زیادہ پھیکا ہوتا ہے۔ کیسپر (Casper) اور لیمن (Liman) نے اس رنگ کو پانی ملے ہوئے تیز چاکولیٹ (chocolate) کے رنگ سے تشبیہ دی ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ زیادہ ہلکا ہوتا ہے اور دودھ ملے ہوئے چاکولیٹ کے رنگ سے زیادہ مشابہ ہوتا ہے۔ کناروں پر یہ رنگ قدرے زیادہ شوخ ہوتا ہے۔ یہ رنگ پھیپھڑوں میں خون کی مقدار کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ لختوں کو زیادہ ہلکے رنگ کے خطوط ظاہر کرتے ہیں۔ جن پھیپھڑوں نے سانس نہ لیا ہو غیر و قیع مستثنیات سے قطع نظر ان کی ایک نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ تمام سطح کا رنگ یکساں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ موخر حصہ مقدم سے سیاہ تر ہو لیکن سنگش چیتی دار نہیں ہوتا۔

بعد از کامل تنفس پھیپھڑے زیادہ ہلکا رنگ اختیار کر لیتے ہیں یہ رنگ ہلکے سرخ اور سیاہ نیلے سے سرخ کے درمیان بہت سے لونی مدارج ظاہر کرتا ہے۔ اگر پھیپھڑوں میں بہت خون موجود ہو تو سیاہ نیلے سے سرخ رنگ کی زمین (ground-tone) پر شوخ رنگ کے دھبے اور قطعے دکھائی دیتے ہیں۔ اگر خون کم مقدار میں ہوتا ہے

تو زمین ہلکے سُرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ اور اس پر قطعے سیاہ تر رنگ اختیار کئے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ مرمری یا چیتی دار منظر، وقوع تنفس کی ایک امتیازی خصوصیت ہے۔ چونکہ یہ گہرے (shaded) دھبے اور قطعے جو فیزوں کے ہوائی انتفاخ سے بنتے ہیں لہذا یہ پھیپھڑے کی باقی سطح سے ذرا اوپر ابھرے ہوتے ہیں۔ سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کا پلورا (pleura) بہت شفاف ہوتا ہے، اور نیچے کے رنگوں کو آب بخشتا ہے۔ اس کے برخلاف مضغی پھیپھڑے کی سطح دھندلی اور غیر شفاف ہوتی ہے۔ یہ امر نہایت ضروری ہے کہ پھیپھڑوں کا رنگ صدر کھولنے کے ساتھ ہی مشاہدہ کیا جائے۔ کیونکہ ہوا میں کھلا رہنے سے رنگ جلد بدل جاتا ہے اور زیادہ ہلکا ہو جاتا ہے۔

اگر بچہ نے صرف تھوڑی مدت تک کمزور سانس لیا ہو تو ممکن ہے کہ شش کی سطح پر ایسے دھبوں یا قطعوں کی حیثیت سے کہ جن کا رنگ باقی پھیپھڑے سے مختلف ہو، علامات موجود ہوں لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ نہ ہوں یہ دھبے یا قطعات سب سے پہلے بالعموم دائیں پھیپھڑے کے بالائی تختہ کے کنارے پر رونما ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ اسوقت جبکہ دونوں پھیپھڑوں کی باقی سطح پر نہ بھی موجود ہوں، یہ یہاں موجود ہوں۔ یہ پھیپھڑوں کے اُن حصوں کے بھورے سے یکساں رنگ کے مقابلہ میں کہ جن میں ہوا ابھی داخل نہیں ہوئی، سُرخ یا نیلے سے سُرخ دھبے نظر آتے ہیں۔ دھبے بے قاعدہ رنگ کے ہوسکتے ہیں اور ان کا منظر چیتی دار ہوتا ہے اور چونکہ یہ منتفخ جو فیزوں سے پیدا شدہ ہوتے ہیں لہذا اس امر کا یقینی ثبوت ہوتے ہیں کہ پھیپھڑوں میں ہوا داخل ہو چکی ہے لیکن استثنائی حالات میں یہ بھی ممکن ہے کہ یہ مفقود ہوں اور یہ اس صورت میں بھی ممکن ہے جب کہ بچہ ولادت کے بعد کچھ دیر تک زندہ رہ چکا ہو، اور اس کا تنفس ناکامل ہوتا رہا ہو۔

مصنوعی انتفاخ سے پھیپھڑوں کی سطح شوخ سرخ رنگ اختیار کر لیتی ہے جو بقول کیسپر (Casper) سطح کے اوپر بغیر چتیوں کے کسی شائبہ کے یکساں طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ ٹیلر (Taylor) اور سٹیونسن (Stevenson) نے ایک واقعہ کا

ذکر کیا ہے جس میں بریکسٹن ہکز (Braxton Hicks) نے ایک مردہ مولود (stillborn) بچے میں مصنوعی انتفاخ انجام دیا لیکن احیا کی کوشش ناکام رہی۔ صدر کھولنے پر معلوم ہوا کہ پھیپھڑے کے تقریباً تین چوتھائی حصے کے جوفیزے ہوا وصول کر چکے ہیں لیکن پھیپھڑوں کا رنگ اس رنگ سے جو قدرتی تنفس کے بعد پایا جاتا ہے مختلف ہے یعنی 112 پھیکا بادامی (pale fawn) ہے۔ اس کے برخلاف رُنج[1] (Runge) اور آبلانسکی[2] (Obolonsky) نے اس امر پر زور دیا ہے کہ چیتی دار منظر انتفاخ کے اس طریقے سے بھی پیدا ہو سکتا ہے کہ جو شلٹزی (Schultze's) جھولا نا کے نام سے موسوم ہے۔

اگر نوزائیدہ بچے کی موت کا سبب نزف ہو تو پھیپھڑے زرد اور سرخی مائل خاکی رنگ کے ہوتے ہیں لیکن اگر تنفس ہو چکا ہو تو ہلکے رنگ کی زمین پر نیلے سے سیاہ رنگ کی مرمریت دکھائی دیتی ہے۔

اس کو مختصراً اس طرح کیا جا سکتا ہے کہ پھیپھڑوں کا یکساں بھورا سا رنگ مضغی حالت کی دلیل ہے۔ اور مختلف رنگوں سے بنا ہوا چیتی دار یا مرمری منظر، ویسا جیسا کہ بیان ہو چکا ہے، ایسے پھیپھڑوں کی امتیازی صفت ہے جو سانس لے چکے ہوں۔ مصنوعی انتفاخ کے امکان کا بھی خیال رکھنا چاہیئے۔

(ج) پھیپھڑوں کی بستگی تنفس سے قبل اور اس کے بعد۔ تنفس سے قبل مضغی پھیپھڑہ جگر سے مشابہ ہوتا ہے نہ صرف رنگ میں بلکہ ساخت میں بھی۔ یہ پھیپھڑا ٹھوس اور سخت ہوتا ہے اور دبانے پر انگلی کو مزاحمت پیش کرتا ہے۔ تنفس کے بعد پھیپھڑا لچکدار اور نرم ہو جاتا ہے۔ اگر انگلی اور انگوٹھے سے چٹکی بھریں تو تکتکہ (crepitation) کا احساس ہوتا ہے۔ مضغی پھیپھڑوں اور سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں کے درمیان جو بستگی کا اختلاف ہے، وہ جوفیزوں میں ہوا کے علی الترتیب وجود یا عدم وجود پر موقوف ہوتا ہے۔ اس لئے اگر تنفس ناکامل طور پر ہوا ہو تو سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کی امتیازی لمس کا احساس محض جزئی طور پر

---

[1] Berlinerklin. Woohenschr., 1882.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1888.

پایا جائے گا ۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ بالکل غائب ہو۔ جب یہ احساس جزی طور پر موجود ہوتا ہے تو پھیپھڑے کے بعض حصے تکتکہ (crepitate) ظاہر کرتے ہیں اور بعض نہیں کرتے ۔

تنفس کے جاری ہونے کے ساتھ ہی رئوی (pulmonary) دوران خون بھی شروع ہو جاتا ہے ۔ مضغی حیات کی اثنا میں پھیپھڑوں میں پہنچنے والا خون اس مقدار تک محدود رہتا ہے جو تغذیہ کے لئے ضروری ہوتی ہے لیکن جب تنفس جاری ہو جاتا ہے تو جسم کا تمام کا تمام خون دوری طور پر پھیپھڑوں میں سے گذرتا ہے اور اس وجہ سے ان کے اندر مضغی حالت سے کہیں زیادہ مقدار میں خون موجود ہوتا ہے ۔ مضغی پھیپھڑے میں اگر شگاف دیا جائے تو اس کی تراشش جگر کی مانند محسوس ہوتی ہے اور آہستہ سے دبائے پر کٹی ہوئی سطحات سے کہ جن کا رنگ یکساں ہوتا ہے صرف کہیں کہیں سے تھوڑا سا خون نکل پڑتا ہے ۔ سانس لئے ہوئے پھیپھڑے اس سے کم آسانی سے کٹتے ہیں کیونکہ بافتیں لچک کی وجہ سے چاقو کے سامنے دب جاتی ہیں اور چاقو کی ضرب سے تکتکہ دار آواز پیدا ہوتی ہے ۔ اس کی کٹی ہوئی سطح کا رنگ بے قاعدہ ہوتا ہے اور اگر اس کو چاقو کے پھل سے کھرچا جائے تو اس سے خون آلود کف حاصل ہوتا ہے

تنفس جاری ہونے کے بعد پھیپھڑوں میں سے جو خون کی بڑھی ہوئی مقدار گزرتی ہے تو اس سے ان کے وزن میں اضافہ ہو جاتا ہے ۔ اور یہی وہ حقیقت ہے کہ جس پر نام نہاد سکونی کاشفہ کی بنیاد رکھی گئی ہے ۔ تنفس سے قبل پھیپھڑوں کا اوسط وزن ۰ ۴۵ سے لیکر ۰۰ ۶ گرین تک اور تنفس سے بعد ۹۶۰ گرین بیان کیا گیا ہے ۔ لیکن بیشمار مشاہدات سے یہ امر ثابت ہو گیا ہے کہ یہ اعداد پھیپھڑوں کے علی الترتیب حقیقی وزن کا حقیقی اظہار کرنے سے کہیں دور ہیں چونکہ زیر معائنہ بچہ کے پھیپھڑوں کو تنفس سے قبل اور اس کے بعد تولا نہیں جا سکتا لہذا سکونی (static) کاشفہ سے فائدہ اٹھانے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ایک قابل اعتبار اوسط وزن معلوم ہو لیکن یہ ناممکن ہے کیونکہ کیا تنفس سے قبل اور کیا اس کے بعد پھیپھڑوں کے وزن میں بے حد اختلاف پایا جاتا ہے ۔ نوزائیدہ بچوں میں پھیپھڑوں کے اوزان کے اختلاف سے جو دقت پیش آتی ہے اس کو رفع کرنے کے لئے پلوقے (Ploucquet) نے یہ

تجویز پیش کی ہے کہ کل جسم کے وزن اور پھیپھڑوں کے وزن کے درمیان ایک خاص تناسب فرض کر لیا جائے لیکن یہ مفروضہ مغالطہ انگیز ہوگا، کیونکہ یہ تناسب ہرگز پایا نہیں جاتا۔ سکونی کاشفہ کسی قسم کا بھی ہو تنفس کا وقوع یا عدم وقوع معلوم کرنے کے لئے ایک بے کار ذریعہ ہے۔

(د) پھیپھڑوں کی کثافت نوعی تنفس سے قبل اور تنفس سے بعد۔ جب بچہ سانس لے چکے تو پھیپھڑے سکونی طور پر گراں تر ہو جاتے ہیں لیکن کثافت نوعی کے نقطۂ نظر سے، سبک تر ہو جاتے ہیں، کیونکہ جو فیزوں میں جو ہوا موجود ہوتی ہے، وہ اس اضافۂ وزن کی کہ جو خون کے داخل ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے، ضرورت سے زیادہ تلافی کر دیتی ہے۔ سیال سکونی کاشفہ کی بنیاد اس اختلاف پر رکھی گئی ہے جو سانس لئے ہوئے اور سانس نہ لئے ہوئے پھیپھڑوں کی کثافت نوعی کے درمیان پایا جاتا ہے۔ یعنی اس حقیقت سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے کہ پانی کے مقابلہ میں ایک مضغی رئوی بافت کی کثافت نوعی زیادہ ہوتی ہے لیکن سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کی کثافت نوعی کمتر ہوتی ہے اس لئے اگر سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں کو پانی میں رکھ دیا جائے تو وہ تیرنے لگتے ہیں اور اگر سانس نہ لی گئی ہو تو وہ ڈوب جاتے ہیں۔

118

سیال سکونی کاشفہ (hydrostatic test) حسب ذیل طریقہ پر کیا جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کو معہ اپنی شعبتوں کے اس مقام تک کہ جہاں شعبتین قصبۃ الریہ سے ملتی ہیں اور قلب کو کلیتہً (en masse) نکال لیا جاتا ہے اور کچھ پانی میں جو کسی مناسب برتن کے اندر پڑا ہو رکھ دیا جاتا ہے۔ اب یا تو وہ تیرتے رہیں گے یا ڈوب جائیں گے۔ اگر تیرتے رہیں تو پھر یہ دیکھنا چاہیئے کہ کیا ان کا بیشتر حصہ سطح آب سے اوپر رہتا ہے یا وہ تقریباً یا مکمل طور پر زیر آب رہتے ہیں۔ پھر قلب کو جدا کر دینا چاہیئے پھر شعبتوں کو کاٹ دینا چاہیئے اور دونوں پھیپھڑوں کو الگ الگ باندھ دینا چاہیئے اور ترتیب وار ان کی اچھال کا درجہ دیکھنا چاہیئے اسی طرح جس طرح کہ پہلے دیکھا گیا تھا پھر دونوں پھیپھڑوں کو تقریباً بارہ بارہ ٹکڑوں میں تقسیم کر دیا جاتا ہے اور ہر ایک ٹکڑے کی الگ الگ آزمائش کی جاتی ہے۔ اگر یہ تیرتے رہیں تو ان کو پانی میں سے نکال لیا جاتا ہے اور زور سے بھینچا جاتا ہے تاکہ اگر ممکن ہو تو ہوا یا گیس کو جس کی وجہ سے یہ

تیرتے ہیں، یا ہر دھکیل دیا جائے۔ اگر قدرتی تنفس کے فعل کی اثنا میں ہوا داخل ہو چکی ہو تو خواہ کتنے ہی درجہ کی قوت سے کیوں نہ بھینچا جائے، ہوا خارج نہ ہو گی، الّا اس صورت میں کہ یہ قوت اس قدر زبردست ہو کہ ساتھ رئوی بافت کو بھی ریزہ ریزہ کر ڈالے، بدیں وجہ اگر ٹکڑوں کو دوبارہ پانی میں رکھ دیا جائے تو وہ اب بھی تیریں گے۔ اگر پھیپھڑے ڈوب جائیں تو یہ دیکھنا چاہئے کہ ایک ہی پھیپھڑا ڈوبتا ہے یا دونوں ڈوبتے ہیں، اور آیا سرعت سے ڈوبتے ہیں یا آہستہ ڈوبتے ہیں۔ پھر پھیپھڑوں کو تقریباً بارہ ٹکڑوں میں تقسیم کر لیا جاتا ہے اور ہر ٹکڑے کی الگ الگ آزمائش کی جاتی ہے۔ اگر سالم پھیپھڑے بھی اور تقسیم شدہ پھیپھڑوں کے ٹکڑے بھی ڈوب جائیں تو یہ اس امر کا ایک قرین قیاس (presumptive) ثبوت ہے کہ بچہ نے سانس نہیں لیا۔

سیال سکونی کاشفہ میں جو مغالطات ممکن ہیں، وہ یہ ہیں:- (الف) پھیپھڑے مصنوعی انتفاخ کی وجہ سے اور (ب) انگندیدگی کی گیسوں کی وجہ سے بھی تیر سکتے ہیں (ج) وہ مرض کے اثرات کی وجہ سے اور (د) یا ناکامل انتفاخ (atelectasis) کی وجہ سے (ہ) یا تصغی حالت کی مطلق بقا کی وجہ سے بھی ڈوب سکتے ہیں، خواہ بچہ نے سانس لیا ہو اور کچھ عرصہ زندہ بھی رہا ہو۔

(الف) مصنوعی انتفاخ۔ یہ کئی طریقوں سے انجام دیا جا سکتا ہے۔ یا اس طرح کہ عامل اپنا منہ براہ راست بچہ کے منہ کے ساتھ لگا دیتا ہے یا اس طرح کہ ایک نقرئی قثاطیر (catheter) یا کوئی ایسا ہی اوزار منہ کی راہ سے قصبتہ الریہ میں داخل کر دیا جاتا ہے اور ہوا کو پھیپھڑوں کے اندر دھکیلا جاتا ہے یا اس طریق سے جو شلٹسز کا جھلانے (Schultze's-swinging) کا طریقہ" کے نام سے معروف ہے۔ نوزائیدہ بچہ کے پھیپھڑوں کو منتفخ کرنا کوئی آسان بات نہیں ہے کیونکہ ہوا پھیپھڑوں کی بجائے معدہ میں پہنچ جانے کا رجحان رکھتی ہے۔ جب احیاء کی کوشش کامیاب نہیں ہوتی تو بعد الموت امتحان یہ ظاہر کرتا ہے کہ پھیپھڑے کا انتفاخ جزوی حد سے شاذ و نادر ہی زیادہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ پیشتر بیان ہو چکا ہے، مصنوعی طور پر منتفخ کردہ پھیپھڑوں کا منظر انہی پھیپھڑوں کے

منظر سے جن میں مکمل قدرتی تنفس ہو چکا ہو، بہت مختلف ہوتا ہے۔ اس امر پر بھی زور دیا گیا ہے کہ ایک مزید اختلاف بھی موجود ہوتا ہے یعنی مصنوعی طور پر منتفخ شدہ پھیپھڑوں کے اندر کی ہوا کو دباؤ سے خارج کیا جاسکتا ہے۔ لیکن تجربہ سے اس اختلاف کی نفی ہوتی ہے، اور فعلیاتی تجربہ سے بھی اس کی تردید ہوتی ہے۔ بریکسٹن ہکز (Braxton Hicks) کے مصنوعی انتفاخ کی مذکورہ بالا مثال میں تقسیم شدہ ٹکڑے کسی مقدار کے دباؤ کے بعد بھی بشرطیکہ یہ بافت کو نقصان نہ کرتی ہو نہیں ڈوبے۔ ان متضاد بیانات کی توجیہہ غالباً اس امر پر منحصر ہے کہ مصنوعی طور پر داخل کردہ ہوا کا محل و توزیع کیا ہے۔ اگر ہوا جو فیزوں میں پہنچ جائے بغیر اس کے کہ ان کی دیواریں منشقوق ہوں تو یہ امر فرض کرلینے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ یہ ہوا اس ہوا کے مقابلہ میں جو قدرتی طور پر دم کشیدہ (inspired) ہو زیادہ آسانی سے خارج کی جاسکتی ہے۔ لیکن اگر یہ ہوا خشکی شعبتوں سے آگے نہ گھسی ہو، یا اگر (جیساکہ مصنوعی انتفاخ میں اکثر ہوتا ہے) اس کو اتنے دباؤ کے ساتھ دھکیلا گیا ہو کہ جو فیزوں کے درمیانی فاصلات پھٹ گئے ہوں اور ہوا زیر پلوری (subpleural) توصیلی بافت میں دخلیاب ہو گئی ہو اور اس صورت میں پھیپھڑوں کے ٹکڑوں کو دبایا جائے تو ہوا کے خارج ہونے میں کوئی امر مانع نہیں ہوسکتا۔

کہا جاتا ہے کہ مصنوعی انتفاخ سے پھیپھڑوں کو منتفخ کرنے میں اگر صرف جزئی کامیابی ہوئی ہو تو ان میں کچھ مزید خون داخل نہیں ہوتا، اور وہ منفعی حالت کی بہ نسبت زیادہ حجیم ہو جاتے ہیں لیکن گراں تر نہیں ہوتے، نیز پھیپھڑوں کے جرم میں شگاف دینے سے قدرتی طور پر سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کی مانند خون نہیں نکلتا۔ کیسپر (Casper) اور دیگر سرکردہ ماہرین نے اس خیال کی تائید کی ہے، تاہم گذشتہ سالوں میں یہ خیال غلط ثابت ہو چکا ہے۔ رنج[1] (Runge) سمر[2] (Sommer) اور آبلانسکی[3] (Obolonsky) سب نے ایسے واقعات درج کئے ہیں کہ شلشتری جھلاؤ

---

[1] Berliner klin Wochenschr.,1882.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med.,1885.

[3] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1888.

(Schultze's-swinging) کے ذریعہ مردہ مولودوں کے پھیپھڑوں نے ان پھیپھڑوں کے جنہوں نے قدرتی طور پر سانس لیا ہو، تمام خواص حاصل کر لیئے ہیں۔ آبلانسکی (Obolonsky) نے ایک عورت کی لاش سے جو یکایک مر گئی تھی قیصری شگاف (Cæserian section) کے عملیہ کے ذریعہ جو کہ موت سے ۱۰ منٹ بعد عمل میں لایا گیا، ۹ مہینے کا مضغہ نکالا۔ یہ بچہ مردہ تھا اور شلٹزی جھلاؤ (Schultze's-swinging) کے ذریعہ اس کے احیا کی کوشش کی گئی۔ کوشش ناکام رہی اور لاش کا امتحان کرنے پر صدری کہفہ پھیپھڑوں سے تقریباً تمامتر بھرا ہوا پایا گیا۔ دونوں پھیپھڑوں کے راس اور لختکوں کے کنارے گلگوں تھے، اور پھیپھڑوں کی باقی سطح ارغوانی مائل سرخ رنگت کی تھی جس پر گلگوں دھبے تھے، اور چیتی داریتی مرمری منظر پیش کرتی تھی۔ سطح آبی پر پھیپھڑے تیرتے تھے اور پھیپھڑوں کو تقسیم کرنے کے بعد ان کے تمام ٹکڑے بھی تیرتے تھے سوائے ان ٹکڑوں کے جو پچھلے رخ سے لئے گئے تھے۔ راسوں میں جو شگاف دیا گیا تھا، اس کے کناروں سے خون آلود کف مترشح ہوتا تھا۔ اسی مصنف نے اور بھی واقعات درج کئے ہیں، جن میں مصنوعی طور پر منتفخ شدہ پھیپھڑوں میں شگاف دینے پر خون آلود کف حاصل ہوا۔

لہٰذا قدرتی تنفس اور مصنوعی انتفاخ سے واقع شدہ تنفس کے درمیان زمانہ ماضی میں جو فرق کیا جاتا تھا اس کو اب کوئی قطعی فرق تسلیم نہیں کیا جا سکتا۔ بلاشک بہت سے ایسے واقعات ہیں کہ جن میں یہ صحیح اترتا ہے۔ لیکن چونکہ اس کی مستثنیات کا وجود بھی ثابت شدہ ہے، لہٰذا یہ ماننا پڑتا ہے کہ اس امر کا کہ آیا پھیپھڑوں نے نامکمل طور پر سانس لیا ہے یا مصنوعی طور پر منتفخ ہوئے ہیں ایسا کوئی معروف کاشفہ نہیں ہے کہ جس کی بنا پر کوئی رائے ظاہر کی جا سکے۔

طبیعی شہادت سے اگر قطع نظر کر لیا جائے تو مشتبہ بچہ کشی کی وارداتوں میں مصنوعی انتفاخ کا انجام دیا جانا ایک خلاف عقل بات ہے۔ نوزائیدہ بچہ میں انتفاخ انجام دینا ایک ایسا کام ہے جو کہ کسی ماہر کے لئے بھی مشکل ہے۔ کسی

معمولی عورت کا کسی خاص واقفیت کے بغیر اس کو انجام دینا شاید ہی ممکن ہو۔
شلٹز (Schultze) کا طریقہ کہ جس میں پھیپھڑوں کو اس درجہ تک منتفخ کیا جاتا ہے
کہ ہونا تمام تنفس کے اثرات سے متناسب ہو، اس ملک میں بہت کم رائج ہے
اور اس کی انجام دہی کے لئے ماہرانہ علم اور مشق کی ضرورت ہے۔ اور اگر یہ
انتفاخ کسی دیگر شخص نے کہ جس نے وضع حمل کے وقت تیمارداری کی ہو انجام
دیا ہو تو اس امر کا ثبوت برآمد ہونا چاہیئے۔
(ب) تحلیل کے گیس (gases) ۔پھیپھڑے اعضا کے اس گروہ سے تعلق
رکھتے ہیں جو آہستہ سڑتے ہیں۔ اگر صدر صحیح و سالم ہوا ور گندیدگی کی بیرونی امارات
موجود نہ ہوں اور با صرف ابتدائی درجہ کی ہوں تو یہ امر تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ
جہاں تک سیال سکونی کا شفہ کا تعلق ہے تحلیل کے گیسوں (gases) سے پھیپھڑے
متاثر نہیں ہوتے۔ پھیپھڑوں میں گندیدگی کی اول ترین علامت یہ ہوتی ہے کہ جرم رئوی اور پلورا کے درمیان
چھوٹے چھوٹے کیسک جو گیس سے بھرے ہوتے ہیں نمودار ہو جاتے ہیں اور گیس کے
دباؤ کی وجہ سے پلورا (pleura) الگ الگ مقامات پر اُٹھ آتا ہے۔ یہ کیسک
پہلے پہل نخنکوں کے آزاد کناروں اور پھیپھڑے کے قاعدے پر نمودار ہوتے
ہیں اور بعد میں پھیپھڑوں کی عمیق تر بافتیں بھی گیس سے دررنختہ ہو جاتی ہیں۔
جو کیسک پلورا کے نیچے پائے جاتے ہیں ان کی جسامت آلپن کے سر کی
جسامت سے لیکر لوبیے کی جسامت تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ کیسک
گندیدگی کے ابتدائی درجہ میں چھوٹے ہوتے ہیں اور لبسا اوقات گچھوں یا صفوں
کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ انگلی کے دباؤ سے گیس کو ایک جگہ سے دوسری
جگہ سرکایا جا سکتا ہے اور اگر کیسک چھوٹا ہو تو جوں ہی گیس پلورا (pleura)
کے تلے سے کھسک جاتی ہے، یہ کیسک بھی زائل ہو جاتا ہے۔ اگر اس کیسک
کو سوئی چبھوئی جائے کہ جس سے گیس خارج ہو تو پلورا (pleura) چپٹا ہو کر
بیٹھ جاتا ہے وہ ہوا جو جوفیزوں کے اندر ہوتی ہے نہ تو دباؤ سے خارج ہوتی
ہے اور نہ خالی سوئی چبھونے سے خارج ہوتی ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ
اگر مصنوعی انتفاخ کی زوردار کوشش کی جائے تو جوفیزے مشقوق ہو کر ایک ایسا

منظر پیدا کر دیتے ہیں کہ جو گندیدگی کے چھوٹے کیسکوں سے مشابہ ہوتا ہے۔ گندیدگی کے ابتدائی درجے میں پھیپھڑے اپنا اصلی منظر قریب قریب برقرار رکھتے ہیں۔ لہذا ایک مضغی پھیپھڑے کا رنگ ایک سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کے رنگ سے بہ آسانی تمیز کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اگر گندیدگی زیادہ ترقی یافتہ درجہ تک پہنچ چکی ہو تو پھیپھڑے کا رنگ تاریک سبز، اور بعض اوقات تقریباً سیاہ یا میلا سا بھورا ہو جاتا ہے۔ اس کا جرم نرم ہو جاتا ہے اور اس کو تراشنے پر ایک میلا سا سُرخ سیال نکلتا ہے، اس وقت یہ نہایت ہی بدبودار ہو جاتا ہے۔ جس سرعت سے سانس لئے ہوئے پھیپھڑے سڑتے ہیں مضغی پھیپھڑے اس سُرعت سے نہیں سڑتے۔

جب مضغی رئوی بافت تحلیل کے گیسوں سے در ریختہ ہو جاتی ہے تو اس کی کثافت نوعی بھی کم ہو جاتی ہے، اور وہ اس حالت میں تیرتی ہے۔ اگر اس حالت میں مضغی پھیپھڑے کے ایک ٹکڑے کو پانی کے اندر رکھکر انگلی اور انگوٹھے کے درمیان دبایا جائے تو اس سے نسبتہً بڑے بڑے اور بے قاعدہ شکل کے متعدد ہوائی حباب نکلتے ہیں جو پانی میں سے گذر کر اوپر کی جانب چڑھتے ہیں۔ اگر یہی سلوک سانس لئے ہوئے تازہ پھیپھڑے کے ٹکڑے کے ساتھ کیا جائے تو اس سے باریک مساوی الجسامت حبابوں کی جھڑی خارج ہوتی ہے۔ دباؤ تحلیل یافتہ پھیپھڑوں سے ہوا دھکیل کر خارج کر دیتا ہے لہذا جو ٹکڑے اپنی اصلی حالت میں تیرتے ہیں دبانے کے بعد وہ ڈوب جاتے ہیں لیکن سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں کی صورت میں بھی اسوقت جب کہ وہ گندیدگی سے ملائم ہو گئے ہوں یہی نتیجہ مرتب ہوتا ہے۔ مضغی پھیپھڑے جو گندیدگی سے تیراک ہو جاتے ہیں زیادہ ترقی یافتہ درجۂ تحلیل حاصل کرنے پر خود بخود اس خاصہ کو کھو دیتے ہیں اور جس طرح گندیدگی سے متاثر ہونے سے قبل وہ ڈوب جاتے تھے اس طرح پھر ڈوب جاتے ہیں۔

یہ تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ جب پھیپھڑے گندیدگی کے ترقی یافتہ درجہ میں ہوں تو سیال سکونی کا کشفہ سے کوئی معتبر شہادت حاصل نہیں ہوتی۔ لیکن اس فصل کے

آغاز میں جو حقیقت بیان کی گئی ہے اسے یاد رکھنا چاہئیے، یعنی یہ کہ پھیپھڑے آہستہ سے سڑتے ہیں، لہذا بیرونی گندیدگی کا ترقی یافتہ ہونا پھیپھڑوں کی آزمائش کی ضرورت کو کالعدم نہیں کرتا۔ آگسٹن (Ogston) نے ایک بچہ کی لاش میں کہ جس کو مرے ہوئے ۵ ماہ ہو گئے تھے پھیپھڑوں میں کوئی گندیدگی زا اچھال نہ پایا کیسپر (Casper) نے دو نوزائیدہ بچوں کا جن کی لاشیں تحلیل کے ترقی یافتہ درجہ میں تھیں، امتحان کیا۔ ان کے قلب اور جگر تیرتے تھے لیکن پھیپھڑے ڈوب جاتے تھے۔ امتیاز کے لیے کہ سکتے ہیں کہ وہ شہادت جو کہ پھیپھڑوں کے تیرنے سے حاصل ہوتی ہے اس صورت میں قطعاً ناقابل اعتبار ہوتی ہے، جب کہ اعضا سڑ رہے ہوں اور وہ شہادت جو پھیپھڑوں کے ڈوبنے سے حاصل ہوتی ہے، قابل اعتنا ہے، بشرطیکہ گندیدگی ترقی یافتہ درجہ تک نہ پہنچ چکی ہو۔

(ج) **اثرات مرض**۔ حیات کے پہلے دنوں میں رئوی مرض شاذ و نادر پایا جاتا ہے۔ اسکی بعض اشکال، مثلاً ذات الریہ (pneumonia)، ذات الجنب بالانصاب (pleurisy with effusion) اور نام نہاد رئوی سکتہ (pulmonary apoplexy) تنفس واقع ہو چکنے کے بعد پھیپھڑوں کو ان کی اچھال سے محروم کر سکتے ہیں۔ اگر مرض کی ابتدا درون رحمی (intra-uterine) حیات میں ہوئی ہو تو اس سے پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ کامل یا جزئی طور پر بند ہو جا سکتا ہے۔ دم گھٹنے سے موت واقع ہو تو اس درجہ کی بیش دمویت یا رئوی اڈیما پیدا ہو جاتا ہے کہ پھیپھڑے ڈوب جاتے ہیں۔ ان حالتوں میں سے کسی حالت میں بھی وقت پیش نہیں آتی، کیونکہ مرض سے پیدا شدہ مرضیاتی مناظر خالی آنکھ یا خوردبین کی مدد سے صاف نظر آتے ہیں۔ بیش دمویت کی حالت سے کہ جو دم گھٹنے سے پیدا ہوتی ہے، اگر قطع نظر کر لیا جائے تو غیر ممکن تو نہیں لیکن غیر اغلب نظر آتا ہے کہ دونوں پھیپھڑے سارے کے سارے مرض سے اس قدر متاثر ہو گئے ہوں کہ تقسیم شدہ حالت میں ڈوب جاتے ہوں۔ اگر پھیپھڑوں کی

غرق پذیری ایسے تجمّد (consolidation) کا نتیجہ ہو جو تنفس ہونے کے بعد پیدا ہوا ہو تو قصبۃ الریہ میں پھونک مار کر پھیپھڑوں کو منتفخ کرنے کی کوشش ناکام رہے گی۔ لیکن اگر یہ تجمّد مضغی حالت کے قایم رہنے کا نتیجہ ہو تو اس طریق سے انتفاخ انجام دینا ایک ممکن امر ہے۔

(د) ناممکل تنفس ایک عجیب و غریب امر نہایت ہی استثنائی طور پر پایا جاتا ہے۔ باوجود اس کے کہ بچہ کئی ساعت تک زندہ رہ چکا ہو، اور اس اثنا میں اسکے سینہ میں بھی معمولی تنفس کی طرح مد و جزر ہوتا رہا ہو اور باوجود اس کے کہ وہ رو بھی چکا ہو (جو کہ اور بھی عجیب ہے) موت کے بعد اس کے 116 پھیپھڑوں میں مضغی حالت مکمل طور پر قایم رہتی ہے۔ یعنی علی الترتیب رنگ، حجم، لسنگی، کثافت نوعی بالکل ایسے پھیپھڑے کی مانند ہوتے ہیں جس نے سانس نہ لیا ہو۔ تہویہ (aëration) کے مکمل عدم وقوع سے لیکر اس درجۂ انتفاخ تک جو کہ کامل نمو یافتہ تنفس کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جو فیزی انتفاخ کے تمام مدارج ملتے ہیں۔ ان کوائف کے لئے ایٹ لیکٹیسس (atelectasis) کا لفظ استعمال کیا جاتا ہے، جس کے معنی ہیں "ناممکل تمدد" طبی قانون داں اس لفظ کو کسی فعلیاتی وظیفہ (function) کی ناتمام انجام دہی کا مفہوم ادا کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ اور بعض لوگ اس کو کسی اکتسابی (acquired) مرضیاتی کیفیت مثلاً پھیپھڑوں کے جزئی تجمّد کا مفہوم ادا کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ یہ لفظ غیر ضروری اور غیر سہولت دہ ہے کیونکہ "ناممکل تمدد" کا فقرہ کافی میسر ہے۔ اور مضغی کیفیت کی مطلق بقا کا مفہوم ادا کرنے کے لئے "عدم تمدد" کا لفظ تراشا جا سکتا ہے۔ اور چونکہ اٹے لیکٹیسس (atelectasis) خود ایک تقابلی اصطلاح ہے، لہذا اس میں اسی طرح کے الفاظ جوڑنا غیر مناسب ہے۔

اس عجیب امر کی کہ کسی بچہ میں کئی ساعت تک زندہ رہنے اور سانس لینے پر بھی موت کے بعد وقوع تنفس کا کوئی نشان نہیں ملتا، توجیہ کرنے کی متعدد کوششیں کی گئی ہیں۔ مثلاً (Maschka) اس امر سے انکار کرتا ہے کہ ان مثالوں میں کچھ بھی ہوا داخل ہوتی ہے، وہ باور کرتا ہے کہ قصبۃ الریہ اور شعبتوں کے

اندر ہوا کا داخل ہونا دوران زندگی میں جو امارات ظاہر ہوتی ہیں ان کی توجیہہ کرنے کو کافی ہے۔ بعض اس نظریہ کو تسلیم کرتے ہیں جیسے سب سے پہلے سائمن ٹامس[1] (Simon Thomas) نے تجویز کیا تھا۔ یعنی کمزور شیر خوار بچوں میں حرکات تنفس رفتہ رفتہ اس وجہ سے کم ہو جاتی ہیں کہ رئوی بافت کی لچک داری شہیق (expiration) پر اس سے زیادہ ہوا باہر دھکیل دیتی ہے کہ جتنی بوقت زفیر (inspiration) کھنچ کر داخل ہوتی ہے۔ اور اس طرح پھیپھڑے سانس لے چکنے کے بعد بتدریج مضغی حالت پر عود کر آتے ہیں۔ اونگر[2] (Ungar) نے تجربی تفتیش کی بنا پر بیان کیا ہے کہ جب تنفس منقطع ہو جاتا ہے تو وہ خون جو کہ پھیپھڑوں کے اندر ہنوز دورہ کر رہا ہوتا ہے وہ ان میں داخل شدہ ساری کی ساری ہوا کو جذب کر لیتا ہے۔

اگر ایک نوزائیدہ بچہ انتہائی کمزوری یا عدم پختگی کی وجہ سے بمشکل زندہ ہو تو آکسیجن کے لئے اس کی احتیاج بہت ہی خفیف ہوگی اور یہ خیال میں آسکتا ہے کہ مطلوبہ تبادلۂ ہوا کی نلیوں میں جو فیزوں کی مدد کے بغیر ہوتا ہوگا۔ سینہ کا اُتار چڑھاؤ اس طرح جس طرح کہ معمولی تنفس میں ہوتا ہے پھیپھڑوں کی مضغی حالت کی بقا کا نقیض نہیں ہے۔ ہرمن[3] (Hermann) نے یہ امر تجربتہً ثابت کر دیا ہے کہ شعبتی اور جو فیزی سرحلمہ کے انضمام کی وجہ سے مضغی حالت والے پھیپھڑوں کو پھیلانے کے لئے اس سے زیادہ دباؤ کی ضرورت ہے کہ جتنی ہوادار پھیپھڑوں کے لئے ہے۔ اگر پھیپھڑے ایک مرتبہ پھیل جائیں پھر خواہ بچہ کتنا ہی کمزوریوں نہ ہو، اس کے پھیپھڑوں میں کچھ نہ کچھ ہوا کی حرکت ضرور پائی جائیگی لیکن اگر رئوی بافت میں ابتدائی کشادگی وقوع پذیر نہ ہو چکی ہو تو پھر صدری دیوار کی حرکات اس کی مزاحمت پر غالب آنے کے لئے کافی نہ ہوں گی تاہم یہ سمجھ میں آنا مشکل ہے کہ ان حالات کے ماتحت اتنی ہوا کیونکر سانس میں اندر

---

[1] Nederl. Tijdschr. v. Gencesk., 1864.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1883.

[3] Pfluger's Archiv., 1879.

لی جا سکتی ہے کہ طفل جس حد تک کہ متعدد مواقع پہ درج کیا گیا ہے اس حد تک رو یا بھی ہو۔ دوسرا مفروضہ، یعنی رئوی بافت کی لچک داری کے باعث تمام ہوا کا تدریج خارج ہو جانا فعلیاتی تجربات اور سریریاتی (clinical) تجربہ دونوں کے مخالف ہے۔ ہرمن (Hermann) نے یہ ثابت کر دیا ہے کہ ایسی رئوی بافت کی قوت لچک کہ جس میں ایکبارہ ہوا رہ چکی ہو، نہ تو ہوا کو خارج کر سکتی ہے اور نہ پھیپھڑے کو دوبارہ مضغی حالت پر لا سکتی ہے۔ بچے اکثر اوقات ناپختہ اور کمزور پیدا ہوتے ہیں اور پیدائش سے تھوڑے عرصے بعد مر جاتے ہیں، لیکن ان حالات کے تحت پھیپھڑوں کا مضغی حالت میں پایا جانا ایک استثنائی طور پر شاذ امر ہے۔
اس امر کے مدنظر کہ ان مثالوں میں انقطاع تنفس سے کچھ عرصہ بعد تک قلب کی حرکات برابر جاری رہتی ہیں، اونگر (Ungar) کا مفروضہ بعید از قیاس نہیں، اور یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ باقی ماندہ ہوا (residual air) تمام تر خون میں جذب ہو جاتی ہے۔ مثال کے طور پر، کاس[1] (Causse) نے ایک سات ماہ کے بچہ کا واقعہ بیان کیا ہے جو کئی دن تک زندہ رہا موت کے بعد اس کا دایاں پھیپھڑا بائیں کی بہ نسبت زیادہ پھیلا ہوا پایا گیا۔ اور جب اس کو کاٹا گیا تو اس میں سے سیاہ رنگ کا خون نکلا لیکن یہ پھیپھڑا اتکتہ دار (crepitant) نہ تھا، دونوں پھیپھڑے سالم اور تقسیم شدہ ہر دو حالت میں ڈوب جاتے تھے۔ اس واقعہ میں غالب گمان یہ ہے کہ دائیں پھیپھڑے میں ترمیم یافتہ تنفس ہوا ہوگا کیونکہ وہ بائیں کی بہ نسبت (جو کہ مضغی ہی رہا) زیادہ پھیلا ہوا تھا، اور اس کے کاٹنے پر خون نکلا تھا۔ اس کے باوجود یہ سالم اور تقسیم شدہ، ہر دو حالت میں پانی میں رکھنے پر ڈوب جاتا تھا جس سے ظاہر ہے کہ اس میں ہوا بالکل موجود نہ تھی۔
اس کی صحیح توجیہہ کچھ ہی ہو، اس حقیقت کو ہرگز نظر انداز نہیں کرنا چاہیئے کہ استثنائی حالات کے تحت یہ ممکن ہے کہ بچہ پیدائش کے بعد کئی ساعت تک سانس لے بلکہ تھوڑے وقفہ کے بعد روئے۔ لیکن اس کے باوجود

117

[1] Annales d' Hygiene, 1873

بعد از موت اُس کے پھیپھڑے بالکل مولود مُردہ (stillborn child) کے پھیپھڑوں سے مشابہ ہوں۔ اس سے کم انتہائی کیفیت میں یعنی اس وقت جب کہ ہوا پھیپھڑے کے کسی جزو کے اندر موجود ہوتی ہے، اتنی دقت پیش نہیں آتی، کیونکہ سیال سکونی کا شفہ سے اس ہوا کو ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ اس امر پر زور دیا گیا ہے کہ اس ہوا کو جو کہ پھیپھڑوں میں نامکمل تنفس کی اثنا میں داخل ہو جاتی ہے پھیپھڑوں کے تقسیم شدہ ٹکڑوں کو دبانے سے خارج کیا جا سکتا ہے چنانچہ یہ ٹکڑے پانی میں ڈوب جاتے ہیں۔ اگر ہوا جوفیزوں میں پہنچ چکی ہو (اور یہ قرین قیاس ہے کہ وہ پہنچ چکی ہے) تو پھر یہ سمجھنا مشکل ہے کہ یہ ایسا کیونکر ہو سکتا ہے۔ جب کوئی پھیپھڑے کا ٹکڑا دبایا جاتا ہے تو شعبتیں بھی دب جاتی ہیں اور ہوائی خلیات بھی دب جاتے ہیں، لیکن نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شعبتوں کے اندر کی ہوا تو خارج ہو جاتی ہے اور جوفیزوں کے اندر کی ہوا خارج نہیں ہوتی۔ یہ دباؤ جس قدر زیادہ قوی ہوتا ہے اتنی ہی زیادہ مضبوطی سے جوفیزوں میں ہوا محصور رہتی ہے الا یہ کہ ایسی قوت استعمال کی جائے جو جوفیزوں کو پھاڑ ہی ڈالے۔ سیال سکونی کا شفہ سے جو نتائج استنباط کئے جا سکتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں۔ اگر سارے کے سارے پھیپھڑے خواہ دونوں کے سالم ہونے کی حالت میں یا تقسیم شدہ ہونے کی حالت میں یا دباؤ ڈالنے کے بعد کی حالت میں سب حالتوں میں تیرتے رہیں تو اس سے اس امر کا ثبوت ملتا ہے کہ بچہ سانس لے چکا ہے، لیکن مصنوعی انتفاخ کا امکان بھی یاد رکھنا چاہیے۔ اگر پھیپھڑے سالم اور تقسیم شدہ دونوں حالتوں میں ڈوب جائیں تو گمان غالب یہ ہے کہ بچہ نے سانس نہیں لیا۔ اس مشکوک بیان کی ضرورت اس لئے ہوئی کہ کہا گیا ہے ایک نامکمل قسم کا تنفس پایا جاتا ہے، جس کے بعد پھیپھڑوں کی جنینی حالت باقی رہ جاتی ہے مرض کے باعث اچھال کا مفقود ہونا بھی یاد رکھنے کے قابل ہے اگرچہ یہ اس قدر مغالطہ انگیز نہیں ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ایسے پھیپھڑوں کو کہ جو ایک ترمیم یافتہ قسم کے تنفس کے باوجود اپنی جنینی ہیئت برقرار رکھتے ہیں کسی بھی ریوی کاشفہ کے ذریعہ تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ ان مثالوں میں

ممکن ہے کہ معدی معائی کا شفہ مفید ثابت ہو۔ اس پہلو میں منفی شہادت کو کم وقعت دینا چاہئے، کیونکہ ایسا کرنے کا یہ نتیجہ تو نہیں ہو سکتا کہ کسی شخص کے ساتھ بے انصافی ہو جائے، زیادہ سے زیادہ یہی ہو سکتا ہے کہ کوئی قصور وار شخص سزا سے بچ جائے گا، بے قصور کو تو نقصان نہیں پہنچ سکتا۔ اگر پھیپھڑوں میں گندیدگی زا اعمال دخل حاصل کر چکے ہوں تو سیال سکونی کا شفہ سے جو شہادت حاصل ہو اس کو قبول کرنے میں زیادہ سے زیادہ تامل کا اظہار کرنا چاہئے۔ اور بہتر ہے کہ ان مثالوں میں یہ کہ دیا جائے کہ پھیپھڑوں کی حالت اس امر کی اجازت نہیں دیتی کہ بچہ کے سانس لے چکنے یا نہ لے چکنے کے متعلق رائے دی جائے۔

معدے اور امعا میں ہوا کا وجود۔ برسلاؤ[1] (Breslau) نے ۱۸۶۵ء میں اس حقیقت کی طرف توجہ منعطف کرائی کہ جب کسی مردہ مولود بچے کے معدہ اور امعا کو پانی میں رکھدیا جاتا ہے تو وہ ڈوب جاتے ہیں۔ حالانکہ پیدائش کے بعد زندہ رہے ہوئے بچوں کے ان میں سے ایک یا دونوں احشا میں ہوا کی اتنی مقدار موجود ہوتی ہے کہ ان کو تیراک کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ ۱۸۸۶ء میں اونگر[2] (Ungar) نے بھی اس امتیاز کی اہمیت پر زور دینا شروع کیا۔ اگرچہ اس اثنا میں اس سے عملی طور پر کوئی زیادہ حد تک استفادہ نہیں کیا گیا تھا۔ اس کے بعد سے لیکر اس موضوع پر بہت توجہ صرف کی گئی ہے، خاص کر جرمنی میں۔ یہ تحقیق کرنے کی غرض سے کہ زندہ ولادت (live birth) یا وقوع تنفس کے ثبوت کے لئے معدہ اور امعاء میں ہوا کے موجود یا غیر موجود ہونے پر کہاں تک انحصار کیا جا سکتا ہے۔ بے شمار مشاہدات کئے گئے ہیں اس کاشفہ کے حامی اسے "دوسرے حیاتی کاشفہ" کے نام سے موسوم کرتے ہیں نوزائیدہ بچوں کے ہضمی خطہ کے اندر جو ہوا پائی جاتی ہے یہ وہاں تنفس کی پہلی اور مابعد حرکات کے دوران میں فعل ابتلاع (swallowing) کے ذریعہ

[1] Monatsschr. f. Geburtskunde, Bd. 25.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1887.

پہنچتی ہے۔ اگر بچہ پہلے چند سانس کے بعد زندہ نہ رہے تو صرف معدہ ہی کم و بیش منتفخ ہوتا ہے۔ لیکن بچہ اگر کچھ مدت تک سانس لیتا رہا ہو تو ہوا اثناء عشری میں اور بعد ازاں معائی قنال میں بلکہ اس سے بھی نیچے تک رسائی حاصل کر لیتی ہے۔ یہ کاشفہ اس طرح انجام دیا جاتا ہے کہ معدہ کے فوادی (cardiac) اور بوابی (pyloric) سروں اور نیز اثناعشری (duodenum) کے زیریں حصے پر دوہری بندشیں لگا دی جاتی ہیں۔ پھر معدہ کو مری (œsophagus) سے جدا کر کے امعاء سمیت پانی میں رکھ دیا جاتا ہے۔ اگر احشاء متحدہ حالت میں تیر توان کو جدا کر کے ان کی الگ الگ آزمائش کیجاتی ہے۔ بہت سے تجربات کے نتائج یہ ظاہر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ وقوع تنفس یا عدم تنفس معلوم کرنے کے لئے یہ کاشفہ معتد بہ اہمیت رکھتا ہے۔ اس کے حامی بیان کرتے ہیں کہ اس سے نہ صرف سیال سکونی رئوی کاشفہ کے نتائج ہی کی توثیق ہو سکتی ہے بلکہ یہ کہ نامکمل تنفس کے ان واقعات میں جن میں بچہ کے کئی گھنٹہ تک زندہ رہنے کے باوجود پھیپھڑے اپنی جنینی حالت برقرار رکھتے ہیں اور سیال سکونی کاشفہ سے منفی نتائج دیتے ہیں۔ اس امر کی تحقیق بھی ہو سکتی ہے کہ تنفس ہو چکا ہے یا نہیں لیکن معدی معائی کاشفہ کو دو باتیں غیر معتبر بنا دیتی ہیں، مصنوعی انتفاخ کی کوششیں اور وقوع گندیدگی۔ مصنوعی انتفاخ، خواہ عامل اپنا منہ بچہ کے منہ سے بلا واسطہ لگا کر اس کی کوشش کی جائے یا قثاطیر یا کسی دیگر نلی کے ذریعہ یا شلٹزی (Schultz) جھلاؤ کے ذریعہ کی جائے، ہر صورت میں اس سے معدہ میں یقینی طور پر ہوا داخل ہو جائے گی خواہ پھیپھڑوں میں داخل ہو یا نہ ہو۔ اور یہ تو ایک بدیہی امر ہے کہ گندیدگی اس کاشفہ کو بیکار کر دیتی ہے۔ مصنوعی انتفاخ نہ ہوتے ہوئے اور گندیدگی کی عدم موجودگی میں، اگر معدہ تیرے اور خاصکر اگر اثناعشری بھی تیرے تو اس سے اس امر کا زبردست ثبوت حاصل ہوتا ہے کہ بچہ سانس لے چکا ہے۔ لیکن اگر انہی حالات کے تحت معدہ ڈوب جائے تو یہ اس امر کا ثبوت ہرگز نہ ہوگا کہ بچہ مردہ مولود (stillborn) تھا۔

نیکٹن[1] (Nikitin) نے ایک سو مثالوں کی ایک جدول دی ہے جس میں اس نے بیالسکوئی کاشفہ اور معدی معائی کاشفہ سے حاصل کردہ شہادت کو پہلو بہ پہلو درج کیا ہے۔ نتائج سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ موخرالذکر کاشفہ کو ان ذرائع کی صف میں کہ جن سے کسی بچہ کا سانس لے چکنا یا نہ لے چکنا دریافت کیا جاتا ہے ایک اہم درجہ حاصل ہے۔

۳۔ کیا بچہ زندہ پیدا ہوا تھا؟

یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ رئوی کاشفہ زیادہ سے زیادہ اتنا ہی ثابت کر سکتا ہے کہ بچہ سانس لے چکا ہے یا نہیں۔ جب کوئی طبی گواہ رئوی کاشفہ کی بنا پر شہادت دیتا ہو اور اگر پھیپھڑے تیرتے ہوں تو اسے اپنے آپ کو صرف اس بیان تک محدود رکھنا چاہیئے کہ اسکی تفتیشات سے بچہ کا سانس لینا ثابت ہوتا ہے۔ اس کو یہ ہرگز نہ کہنا چاہیے کہ بچہ زندہ پیدا ہوا تھا۔ اس تحدید کی وجہ یہ ہے کہ تحریری قانون میں زندہ ولادت کی کوئی تعریف نہیں پائی جاتی تا وقتیکہ بچہ کا پورا جسم مادری عضو سے باہر نہ ہو جائے جج اس کی پیدائش کا مکمل ہونا تسلیم نہیں کرتے اگرچہ یہ شرط نہیں ہے کہ حبل السری بھی کٹ چکی ہو۔ یہ امر بخوبی معلوم ہے کہ بچہ ایسی صورت میں بھی سانس لے سکتا ہے جب کہ اس کا سر مہبل سے نکل چکا ہو اور بقیہ جسم ابھی مادری گذرگاہوں میں ہی پڑا ہو۔ بچہ کو پیدائش کے اس درجہ میں ہلاک کر دینا قتل عمد قرار نہیں دیا جاتا کیونکہ قانون کی رو سے وہ اس وقت کوئی جداگانہ ہستی نہیں رکھتا۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ مکمل تنفس کا ثبوت فی نفسہ زندہ پیدائش کا ثبوت نہیں ہے۔ اگر بچہ کو پیدائش سے فوراً بعد ہلاک کر دیا جاتا تو طبی شہادت سے بچہ کی زندہ پیدائش کا ثبوت ان الفاظ کے قانونی معنوں میں حاصل نہیں ہو سکتا۔ بلکہ سوائے عینی گواہ کی شہادت کے کسی اور شہادت سے بھی حاصل نہیں ہو سکتا۔ نیز سانس لینے کے لئے یہ بھی کوئی شرط نہیں ہے کہ

[1] Vierteljahrsschr. f. jer. Med., 1888.

بچہ کا سر تولد ہو چکا ہو۔ ایسے بے شمار واقعات درج ہیں کہ بچوں نے سانس لیا ہے اور اس حقیقت کا اظہار رونے سے کیا ہے جبکہ وہ ابھی رحم میں تھے استہلال الطفل فی الرحم[1] (vagitus uterinus)۔ مکلین[1] (M'clean) نے ایک بچہ کا واقعہ درج کیا ہے جو رحم کے اندر ہی ۴، ۵ منٹ تک روتا رہا، اس کی آواز اس طرح سنائی دیتی تھی، گویا کسی تہ خانہ سے آرہی ہو، اسکی ولادت (delivery) کلاب کے ذریعہ سرانجام دی گئی۔ برل[2] (Brull) نے ایک عورت کو توام جنوائے لیکن اس سے قبل ایک دایہ جنوانے کی بے سود کوشش کر چکی تھی۔ عورت کا رحم مسترخی تھا اور پہلے بچہ کے سُرین (breech) گگر (brim) میں مغروز تھے۔ اور بچہ تین گھنٹے سے روتا سنائی دے رہا تھا اور تخریج کے دوران میں بھی وہ برابر روتا ہی رہا۔ درج شدہ واقعات جن میں تنفس اس وقت ہوا جب کہ بچہ ابھی مادری گذرگاہوں کے اندر ہی تھا ان میں ہوا کے داخلہ کا سبب یہ تھا کہ قبالت کار (accoucher) نے اپنے ہاتھ کے ذریعہ یا استعمال کردہ اوزاروں کے ذریعہ مادری گذرگاہوں کو متسع کیا تھا کہ جس سے کرہ ہوائی اور بچہ کے منہ کے درمیان آمد ورفت کی ایک راہ بن گئی تھی۔ اگر ہمیشہ یہی سبب ہو تو جن مقدمات میں بچہ کشی کا شبہ ہوتا ہے، ان میں رحم یا مہبل کے اندر وقوع تنفس کی کچھ اہمیت نہیں ہوتی کیونکہ اس امر کے متعلق کہ آیا بچہ زندہ پیدا ہوا تھا یا نہیں، قبالت کار (accoucher) سے عینی شہادت مل سکتی ہے۔ لیکن یہ عین ممکن معلوم ہوتا ہے کہ ہوا بچہ کے منہ میں بغیر کسی خارجی ذریعہ کے داخل ہو گئی ہو۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ قانونی پیدائش سے قبل تنفس واقع ہونے کے کسی اسلوب میں بھی اگر موت فوراً بعد واقع ہو جائے تو پھیپھڑوں کا تمدد غالباً نامکمل ہوگا۔ ان وجوہ کی بنا پر جو کہ اوپر بیان کی گئی ہیں پھیپھڑوں کا ابتدائی تمدد ایک تدریجی فعل ہوتا ہے۔ شعیبتوں اور جوفزوں کے ہر حلقہ کی متماس تہوں کی

---

[1] Brit. Med. journ., 1912

[2] American journal of Obstetrics, 1889.

[3] Wiener klin. Wochenschr., 1895.

چھینک پر پہلی چند دم کشیوں کا کچھ اثر نہیں ہوتا لیکن ہوا رفتہ رفتہ نفوذ کرتی جاتی ہے، یہاں تک کہ تمام کا تمام تنفسی خطہ کھل جاتا ہے یقول ڈوہرن[1] (Dohrn) کے جو فیزے طبعی حالات کے ماتحت دوسرے یا تیسرے دن تک کامل طور پر منسع نہیں ہوتے اور کمزور بچوں میں بھیپھڑوں کے پورے طور پر پھیلنے اور جنینی حالت کے تمام شائبات دور ہونے کے لئے اس سے بھی طویل تر مدت کی ضرورت ہوتی ہے۔ لہذا اگر پھیپھڑے کامل طور پر پھیلے ہوئے پائے جائیں تو غالب گمان یہ ہے کہ بچہ مکمل طور پر تولد ہوا ہوگا۔ جب سر فرج کے اندر ہوتا ہے تو ہوا کی رسائی دشوار ہوتی ہے اور جب سر فرج سے باہر آجاتا ہے (اور بقیہ جسم اس کے اندر رہتا ہے) تو غالباً ولادت کی تکمیل میں بہت تھوڑی دیر ہوتی ہے بسبب یہ پھیپھڑوں کے مکمل تمدد کو غیر اغلب کر دیتا ہے۔ اگرچہ تکرار لازم آتا ہے تاہم قارئین کی توجہ اس امر کی طرف مبذول کرائی جاتی ہے کہ سیال سکونی کاشفہ سے تنفس کے متعلق جو شہادت ملتی ہے اور زندہ ولادت کے متعلق جو شہادت ملتی ہے ان کے درمیان ایک کیفی امتیاز ہے۔ اور وہ یہ ہے اگر پھیپھڑے پوری طرح پھیلے ہوئے ہوں اور ہر ٹکڑا الگ الگ دبائے جانے کے بعد بھی تیرے تو (مصنوعی تنفس کے بعید امکان سے قطع نظر کرتے ہوئے) وقوع تنفس ثابت ہے۔ لیکن پھیپھڑوں کی اس کیفیت سے زندہ ولادت کے متعلق صرف ایک قیاسی (presumptive) شہادت ہی حاصل ہوتی ہے۔ پہلی صورت میں اگر تجربی احتیاطات کا مناسب خیال رکھا جائے تو اس بیان کی صداقت میں ذرا بھی شبہ نہیں ہو سکتا لیکن دوسری صورت میں یہ بیان محض ایک قیاس کی حیثیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ امر بہت غیر اغلب ہے لیکن ناممکن نہیں کہ سر نکل آنے کے بعد بچہ کا جسم غیر متولد رہے یہاں تک کہ پھیپھڑے پورے طور پر پھیل جائیں

معدی معائی کاشفہ سے پیدائش کے بعد زندہ رہنے کی قرائینی

شہادت حاصل ہوتی ہے۔ اگر معدہ اور امعاء دونوں کے اندر ہوا موجود ہو اور وہ باہیں وجہ پانی پر رکھنے پر تیریں اور (بشرطیکہ مصنوعی انتفاخ کی مساعی اور گندیدگی کی عدم موجودگی ایک مسلم امر ہو) تو گمان غالب یہ ہے کہ بچہ پیدائش سے

[1] Archiv. f. Gynäcologie, 1889.

فوراً بعد نہیں مرا۔ اور ہوا معائی قنال میں جس قدر نیچے تک گھسی ہوئی ہو، بچے کے پیدائش کے بعد زندہ رہنے کا گمان بھی اتنا ہی زیادہ ہوتا ہے۔

درمیانی کان کا کاشفہ ۔ جنینی حالت میں درمیانی کان ایک مضغی سریش نما پوٹ سے بھرا ہوتا ہے۔ ریڈن[1] (Wredin) اور اس کے بعد ونٹ[2] (Wendt) نے یہ معلوم کیا کہ جب تنفس ہو چکتا ہے تو اس پوٹ کی جگہ ہوا لے لیتی ہے۔ ونٹ (Wendt) یہ بھی لکھتا ہے کہ اگر بچہ تنفس کی کوشش ایسی حالت میں کرے جب کہ وہ انفسی یا کسی دیگر سیال میں غرق ہو تو یہی سیال سریش کی پوٹ کی جگہ لئے ہوئے پایا جائے گا۔ آگسٹن جونیر[3] (Ogston, junior) نے یہ معلوم کیا کہ یہ پوٹ پیدائش کے بعد چند گھنٹے سے لیکر دو تین ہفتے تک میں غائب ہوتی ہے۔ شمبلٹز[4] (Schmaltz) بیان کرتا ہے کہ یہ پوٹ جنینی حالت ہی میں غائب ہونا شروع ہوتی ہے، لیکن گو کہ اس پر تنفس کا اثر شناخت ہو سکتا ہے تاہم اس کی عدم موجودگی اس امر کا کہ تنفس ہو چکا ہے قطعی ثبوت نہیں۔ شمیلٹز نے بسا اوقات ایسے بچوں میں پوٹ موجود پائی جو سانس لے چکے تھے۔ اور بعض مثالوں میں تو یہ پوٹ جنینی حالت میں بھی غائب تھی۔ لیسر[5] (Lesser) بیان کرتا ہے کہ درمیانی کان کے مشمولات پر چند سانسوں سے کچھ اثر نہیں ہوتا لیکن چند گھنٹے کے تنفس کے بعد یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ وہ یہ بھی بیان کرتا ہے کہ ناپختہ بچوں میں درمیانی کان کی یہ مضغی حالت ممکن ہے پیدائش سے ۲۴ گھنٹہ بعد تک قائم رہے۔

حبل السری میں تغیرات ۔ زندہ پیدائش کی علامت کی حیثیت سے حبل کی تحنیط (mummification) کیا وقعت رکھتی ہے، اس امر کے متعلق بہت اختلاف الرائے پایا جاتا ہے۔ کیسپر (Casper) تو اس سے انکار کرتا ہے کہ اس کی کچھ بھی وقعت ہے۔ بلارڈ (Billard) وغیرہ یہ سمجھتے ہیں کہ اس کا وقوع

120

---

[1] Otitis media neonatorum, 1868.

[2] Arch. f. Heilkunde, 1873.

[3] Brit. and For. Med. chirurg Review 1875.

[4] Arch. f. Heilkunde, 1887.

[5] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1879.

برون رحمی حیات کی دلیل ہے۔ بعض حالات کے تحت ایک تشخیصی امارۃ کی حیثیت سے یہ بلا شبہ اہمیت رکھتی ہے۔ لونڈیز[1] (Lowndes) ایک نوزائیدہ بچے کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کو مرے ہوئے غالباً گیارہ بارہ دن ہو چکے تھے، ناف سے آدھ انچ تک حبل بالکل تازہ تھی۔ اس کے آگے معمولی خط امتیاز تھا اور باقی ماندہ حبل کہ جس کا طول تقریباً ۲½ انچ تھا، تمام کی تمام محنط شدہ (mummified) تھی، بندش (ligature) کا کوئی نشان نہ تھا۔ اس سے یہ نتیجہ نکالا گیا کہ بچہ کم از کم ۲۴ گھنٹہ تک زندہ رہا ہوگا۔ ایسی مثال شاذ ہوتی ہے، لیکن اس کا مقصد یہ ظاہر کرنا ہے کہ بچہ کشی کے مشتبہ واقعات میں حبل کی تحنیط کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ حبل کی طبعی علیحدگی، اور ردعمل کی علامات جو ساتھ پائی جاتی ہیں یعنی امتلاء عروق شعری کا خط اور التہاب کے ارتشاحی حاصلات، یہ اس امر کی بے خطا (unmistakable) دلیل ہیں کہ بچہ پیدائش کے بعد زندہ رہ چکا ہے۔ افسوس کہ ایسی امارات پیدائش سے ۴، ۵ دن سے قبل حاصل نہیں ہو سکتیں۔ اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہیئے کہ اس سرخ خط کو جو پیدائش کے وقت منتہائے حبل کے مقام کے گرد موجود ہوتا ہے، خط علیحدگی کے ساتھ خلط ملط نہ کیا جائے۔ اول الذکر محض ایک رنگین حلقہ ہوتا ہے جس میں تورم یا التہاب کی کوئی علامت نہیں ہوتی حالانکہ موخر الذکر اصلی ردعمل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اگر کسی ایسے بچہ کا جسم دستیاب ہو جو گندیدگی کے ترقی یافتہ درجے میں ہو اور حبل سُرّی کے باقیات ساتھ لگے ہوئے نہ موجود ہوں تو اس سے یہ نہ فرض کر لینا چاہیئے کہ قدرتی علیحدگی واقع ہو چکی ہے۔ ممکن ہے حبل، دوران زندگی میں یا موت کے بعد تشدد کے ذریعہ، شکم کے قریب جدا ہو گئی ہو اور وہ امارات جو بالعموم طبیعی علیحدگی اور تشدد آمیز علیحدگی کے درمیان امتیاز پیدا کرنے کا کام دیتی ہیں گندیدگی کے اعمال کی وجہ سے معدوم ہو گئی ہوں۔

پیدائش کے بعد بچے کی جلد میں کچھ تغیرات واقع ہوتے ہیں، جن کو

---

[1] Liverpool Med and Chir. Journ., 1889.

صفحہ (20) پر بیان کیا گیا ہے، بعد از پیدائش زندہ رہنے کی علامات کی حیثیت سے ان سے استفادہ کیا جا سکتا ہے۔

جنینی دوران خون کے انقطاع کے بعد قلب اور عروق میں جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں، اس امر کے دریافت کرنے کے لئے کہ بچہ زندہ پیدا ہوا تھا یا مولود مردہ تھا اُن کی کچھ بھی اہمیت نہیں ہے۔ ایلیسر[1] (Ellässer) نے محتاط امتحان کے ذریعہ ثابت کر دیا ہے کہ سوراخ بیضوی (foramen ovale)، قناۃ وریدی (ductus venosus) اور قناۃ شریانی (ductus arteriosus) جن اعمال سے مسدود ہوتی ہے، وہ پیدائش سے کئی دن بعد تک شروع نہیں ہوتے، اور ان کی تکمیل میں کئی ہفتہ صرف ہو سکتے ہیں، اور وہ کسی ترتیب کے پابند نہیں ہوتے۔

گاہے معدہ میں دودھ یا کسی دیگر غذائی شے کا وجود دریافت ہوتا ہے، جس سے پیدائش کے بعد زندہ رہنا ثابت ہوتا ہے۔ معدہ میں جو کچھ ملے، اس کا خردبینی امتحان کرنا چاہیئے۔ معدہ میں ان سیالوں کا وجود جو مادری یا جنینی عضویہ سے ماخوذ ہوتے ہیں، مثلاً خون یا عقی (meconium) کا وجود ہوائے اس امر کے کچھ ثابت نہیں کرتا کہ بوقت پیدائش بچہ زندہ تھا۔ قولون (colon) میں عقی (meconium) کا عدم وجود اگرچہ پیدائش کے بعد زندہ رہنے کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتا، تاہم زندہ رہنے کی طرف اشارہ ضرور کرتا ہے۔ لیکن عقی کا وجود ولادت مردہ کی دلیل ہرگز نہیں ہے، کیونکہ یہ بسا اوقات پیدائش کے بعد ایک دو دن تک خارج نہیں ہوتا۔ عقی (meconium) میں عصیہ قولونی (B. coli) کی موجودگی یا عدم موجودگی کو زندہ پیدائش کے سوال کا تصفیہ کرنے کا ذریعہ قرار دیا گیا ہے۔ لیکن بنڈا[2] (Binda) نے بتلایا ہے کہ بلاشبہ مردہ پیدا ہوئے بچوں کا عقی عقیم ہوتا ہے، لیکن زندہ پیدا ہوئے بچوں کا عقی بھی اس وقت تک

[1] Henke's Zeitschr., Bd. 64

[2] Giornal di Med. Legale, 1896.

جب تک کہ وہ غذا نہ کھائیں عقیم ہی رہتا ہے ۔ لہذا کسی عصبیہ کا وجود یا عدم وجود صرف اتنا ہی ثابت کرتا ہے کہ بچہ نے غذا کھائی ہے یا نہیں۔ شلڈ (Schild)[1] نے استثنائی طور پر ان بچوں کے امعائی مشمولات میں جنھوں نے غذا نہیں کھائی تھی ایک خرد عضو یہ پایا جو کہ قولونی عصبیہ سے مشابہ تھا (لیکن پیدائش کے بعد بائیس سے بیالیس گھنٹہ کے قبل نہیں پایا)۔ شلڈ کا خیال ہے کہ اس کو نیچے لے جانے والی چیز وہ چھوک ہے جو کہ نگلا جاتا ہے ۔

زندہ پیدائش کی متذکرہ صدر امارات میں سے جو امارات مل سکیں، ان پر غور کرنے سے اس امر کے متعلق رائے قائم کی جاتی ہے کہ آیا بچہ زندہ پیدا ہوا تھا، اور اگر ہوا تھا تو کب تک زندہ رہا۔ بعض مثالوں میں اول الذکر نقطہ دریافت کرنے میں کوئی دقت نہیں ہوتی، اور موخر الذکر نقطہ کا تقریبی طور پر اندازہ لگانے میں بھی بہت ہی کم دشواری ہوتی ہے ۔ لیکن بعض مثالوں میں انتہائی طور پر دشوار خصوصیتیں پائی جاتی ہیں کہ جن میں محنت طلب تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے، اور اس تحقیقات کی بنا پر اظہار رائے میں مناسب احتیاط برتنے کی ضرورت ہوتی ہے ۔ اگر بچہ پیدائش کے بعد فوراً مر گیا ہو، تو یہ طبی شہادت کے احاطۂ قدرت سے باہر ہے کہ اس کا زندہ پیدا ہونا ثابت کرے ، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس رائے کی طرف میلان رکھنے کے لئے کچھ دلیل موجود ہو۔ بعد الولادت زندگی کی معتمد علامات کئی دن گذرنے کے بعد حاصل ہوتی ہیں ۔

۴۔ موت کا سبب

پہلا سوال یہ ہے کہ کیا بچہ قدرتی اسباب سے مرا تھا۔ یہ امر تحقیق شدہ ہے کہ ناجائز بچوں میں تعداد اموات اس سے بہت زیادہ ہے، کہ جتنی ازدواج سے پیدا شدہ بچوں میں ہوتی ہے ۔ ۱۹۱۹ء میں انگلینڈ (England) اور ویلز (Wales)

---

[1] Zeitschr. f. Hygiene u. Inf.- krank, 1892

میں فی ہزار پیدائشوں کے پیچھے جائز بچوں کی ۷ ر ۴۳ اموات اور ناجائز بچوں کی ۸ ر ۲۷ اموات ہوئیں ۔ جہاں تک موت کے اسباب کا تعلق ہے، عام متعدی امراض اور خلقی نقائص کی وجہ سے جو تجاوز تھا وہ بہت خفیف تھا۔ شعبئی التہاب اور ذات الریہ کی وجہ سے پیدا شدہ تجاوز مقابلۃً خفیف تھا لیکن اسہال اور خاصکر ذبول کی وجہ سے جو تجاوز تھا وہ بہت زیادہ تھا ۔ یہ واقعات اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ناجائز بچہ اپنی غذا کے خالص ہونے کے لحاظ سے اس سے زیادہ خسارے میں ہوتا ہے، کہ جتنا وہ ریوی سرائتوں سے غیر محفوظ ہونے کے لحاظ سے ہوتا ہے ۔ ناجائزوں کے اعداد میں سب سے زیادہ تجاوز اُن اموات میں ہوتے ہیں جو تشنج کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں ۔ اس تجاوز کی وجہ یہ بھی ہوسکتی ہے کہ ایسی حالت میں ناجائز بچوں کی موت کے صحیح سبب کا صداقت نامہ دینے میں کم تامل ظاہر کیا جاتا ہے ۔ بوقت پیدائش مہلک تضرر بھی ناجائز بچوں میں زیادہ عام ہے، غالباً اس وجہ سے کہ اکثر زچگیاں نامساعد ماحول میں وقوع پذیر ہوتی ہیں ۔

بچہ کی موت فطرتی یا اتفاقی اسباب سے

بچوں کی ایک بہت بڑی تعداد (percentage) یا تو مردہ پیدا ہوتی ہے، یا پیدائش سے کچھ دیر بعد فطرتی اسباب سے مر جاتی ہے ۔ انگلینڈ (England) اور ویلز (Wales) میں پیش از وقت پیدائش سے واقع شدہ اموات کا تناسب ۱۹۰۶ء میں ۱۹ ء ۱۱ فی ہزار سے بڑھ کر ۱۹۱۳ء میں ۸ ء ۱۸ فی ہزار اور ۱۹۱۹ء میں ۹ ر ۱۹ فی ہزار ہوگیا ۔ خلقی نقائص سے واقع شدہ اموات بھی اس عرصہ میں ۶ ۱ ء ۱ فی ہزار سے بڑھ کر ۱۹۱۹ء میں ۶۳ ر ۲ فی ہزار ہوگئیں ۔ پہلے حمل میں، بعد کے حمل کی بہ نسبت، مردہ مولود بچہ کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے ۔ ان واقعات میں کہ جن میں مشکوک حالات میں پائی گئی

122

بچوں کی لاشوں کا امتحان کرنا پڑتا ہے۔ اکثر ایسے واقعات ہوتے ہیں کہ جن میں مائیں جوان عورتیں ہوتی ہیں اور انھوں نے پیشتر کوئی بچہ نہیں جنا ہوتا۔ وہ دورانِ حمل میں اپنی حالت کو چھپانے کی غرض سے ایسے افعال کرتی ہیں جو رحم کے اندر بچہ کی بہبودی کے لئے مضرت رساں ہوتے ہیں۔ وضع حمل بھی ناسازگار حالات کے تحت واقع ہوتا ہے۔ بالعموم عورت کو کوئی امداد میسر نہیں ہوتی اور اگر وضع حمل اطالت پذیر ہو جائے یا حبل السری ساقط ہو جائے، یا بچہ کی گردن کے گرد لپٹی ہوئی ہو یا کوئی اور مہلک پیچیدگی واقع ہو جائے جو ماہرانہ مدد سے درست ہو سکتی ہو، تو ممکن ہے کہ بوجہ عدم اعانت کے بچہ مردہ تولد ہو جائے، گو اس میں ماں کی مجرمانہ نیت کا کچھ دخل نہ ہو۔ ممکن ہے کہ بچہ عدم تکمیل یا دررحمی سوئے تغذیہ کے باعث، دوران وضع حمل میں یا فوراً بعد محض کمی حیویت ہی سے مرجائے۔ اگر بچہ کی موت کا سبب قلب، یا امعائی خطہ، یا نظام عصبی کے مرکزی اعضا کے تشوہات ہوں تو ان کو بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے۔ سکتہ (apoplexy) ذات الریہ، صدر مائیت (hydrothorax) معدی امعائی نزف وغیرہ امراض بھی موت کا موجب ہو سکتے ہیں۔ موت کا ایک اور سبب، وہ اختناق ہے جو پھیپھڑوں کے عدم تمدد سے یا ہوائی گذرگاہوں میں خون یا عقی (meconium) یا رہل (liquor amnii) کے دخول سے واقع ہوتا ہے۔

فطرتی یا اتفاقی موت کے ان اسباب میں سے بعض ایسے ہیں کہ ان کو تفصیل سے بیان کرنے کی ضرورت ہے۔

سقوط حبل السری (prolapse of the umbilical cord) مہلک ثابت ہوتا ہے اس وقت جب کہ حبل کے ساقط شدہ حصہ پر اتنا سخت اور مسلسل دباؤ ڈالا جائے کہ یہ خون کی رو کو منقطع کر دینے کے لئے کافی ہو۔ جب حبل میں دوران خون رک جاتا ہے تو جنینی خون، وریدی خون میں تبدیل ہو جاتا ہے جو مراکز تنفس میں ہیجان عمل پیدا کر دیتا ہے۔ بچہ سانس لینے کی کوشش کرتا ہے لیکن چونکہ ہوا کا داخلہ بند ہوتا ہے لہذا اعتصاص (suffocation) پیدا ہوتا ہے۔ اگر لاش کا امتحان کیا جائے، تو اعتصاص کی بعد الموت امارات موجود ملینگی یعنی شعری کدمات

(capillary ecchymoses) ۔قصبۃ الریہ کی غشائے مخاطی کا انشراب قلب کا خون سے متمدد ہونا، ہوائی گذرگاہوں اور معدہ میں خون، عقی (meconium)، دمام جبنی (vernix caseosa) کے ذرات اور مخاط کا وجود۔ انوں کے مشمولات بالعموم تنفس کی کوششوں کے دوران میں خارج ہو جاتے ہیں، لہٰذا بچے کا جسم غلیظ ہوتا ہے۔ شعبتی نالیوں (bronchial tubes) میں دمام جبنی (vernix caseosa) کے ذرات کی دریافت سے دررحمی اختصاص کے حق میں ایک زبردست شہادت حاصل ہوتی ہے۔ سٹراسمین[1] (Strassmann) اس حقیقت سے استفادہ کرتا ہے کہ انیلائن (aniline) رنگوں کے کمزور محلولات کراٹینی (keratin) بافتوں کو ملوّن کر دیتے ہیں۔ ایک رلوی بافت کی تراشش کو ایک ایسے محلول کے ذریعہ جو ایک فی صدی جنشن وائلٹ (gentian-violet) کے ایک قطرہ محلول سے اور گھڑی شیشہ (watch glass) بھر پانی سے مرکب ہوتا ہے، ملوّن کیا جاتا ہے۔ چند منٹ تک اس کو ایسے ہی پڑا رہنے دیا جاتا ہے، اور پھر الکحل (alcohol) سے دھو کر تیل سے صاف کر لیا جاتا ہے۔ اس سے آسان تر طریقہ یہ ہے کہ شعبتی نالی کے مشمولات کا کچھ حصہ لیکر اس کو سرپوش (cover glass) پر پھیلا دیا جاتا ہے اور بنسن (Bunsen) کے شعلے پر خشک کر کے ملوّن کر لیا جاتا ہے۔ دمام جبنی (vernix caseosa) کے ذرات اس لون کو جذب کر لیتے ہیں جس سے ان کی موجودگی آسانی سے شناخت ہو جاتی ہے۔

اتفاقی اختناق حبل السرّی۔ بیان کردہ بچہ کشی کے واقعات میں اکثر اوقات اسکو موت کا سبب بتایا جاتا ہے، اور یہ امر کہ دوران پیدائش میں حبل اکثر اوقات بچہ کی گردن کے گرد لپٹی ہوئی پائی جاتی ہے، اس بیان کو تقویت دیتا ہے۔ ایسا تقریباً ۲۵ فی صدی ولادتوں میں واقع ہوتا ہے، اور اعداد اموات کا اندازہ ۱۵ء۱ فیصدی سے لیکر ۲۷ء فیصدی تک لگایا گیا ہے۔ سینگر[2] (Sanger)

---

[1] Viertljahrsschr. f. ger. Med., 1887.

[2] Archiv. f. Gynäcologie, 1879.

123

ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کا وضع حمل ہسپتال (hospital) میں ہوا۔ جب بچہ کا سر نکلا، تو چہرہ سخت ازرق تھا، گردن کے گرد حبل کا ایک حلقہ لپٹا ہوا تھا، جو پہلے تو اس قدر کس کر تنا ہوا تھا کہ اس کا چھڑانا ہی مشکل تھا، لیکن جب بعد میں اس کو دور کیا گیا تو اس میں نبضان بالکل محسوس نہ ہوتا تھا، یعنی بچہ مردہ مولود تھا۔ چہرے اور گردن کی جلد سیاہ اور نیلگوں سرخ رنگت کی تھی جس میں جابجا بے شمار نمشات (petechiæ) پھیلے ہوئے تھے جو کہ سخت باریک بلکہ تقریباً سیاہ تھے۔ مقلات العین نکلے ہوئے تھے۔ ملتحمے (conjunctivæ) متورم تھے، اور ان پر نمشات (petechiæ) کے نشان تھے۔ زبان مسوڑوں کے درمیان سے باہر نکلی ہوئی تھی۔ اور اوپری وریدیں سیاہ خطوط کی مانند دکھائی دیتی تھیں۔ گردن کے سامنے کے حصہ میں دو سخت جیود تھے جو زیرین جبڑے کے زاویہ تک پھیلے ہوئے تھے، اور جو فربہ آدمیوں کے غبغب (double chin) سے مشابہ تھے۔ یہ جیود بڑے بڑے کدمات سے ڈھکے ہوئے تھے، اور ان کے درمیان عظم القص (sternum) پر چند انچ لمبا ایک اتھلا سیاہی مائل میزاب تھا۔ دھڑ کی جلد کبود اور ازرق تھی۔ چندیا کے نیچے ایک سینٹی میٹر موٹی خون کی تہ تھی۔ دماغ عدیم الدم اور اڈیما زدہ (œdematous) پایا گیا۔ اغشیہ (meninges) ہلکی نیلگوں سرخ رنگت کے تھے، اور اجواف صرف متوسط طور پر بھرے ہوئے تھے، اور جانبی بطینوں میں سیال موجود تھا۔ حبل کے نشان سے اوپر کر کے سر اور گردن کے عضلات اور جلد بیش دموی تھے۔ اور جلد پر بھی اور عضلات پر بھی بے شمار کدمات نظر آتے تھے۔ حنجرہ اور احبال الصوتی بہت اڈیما زدہ (œdematous) تھے، اور ہوائی گذرگاہیں خالی تھیں۔ پھیپھڑوں کی جنینی حالت برقرار تھی، اور ان کا رنگ پھیکا نیلگوں سرخ تھا، اور پلورا (pleura) کے نیچے بے شمار کدمات موجود تھے۔ گرد قلبہ (pericardium) میں تھوڑا سا سیال موجود تھا اور قلب اکدم (echhmyosed) تھا۔ یہاں قلب کے اندر جو خون تھا اس کی مقدار کا کچھ ذکر نہیں کیا گیا۔ حبل کا طول ۶۶ سینٹی میٹر (۲۶) انچ تھا، جس میں ناف سے گردن تک کا حصہ ۱۵ سینٹی میٹر (۱۶ انچ)۔ گردن کے گرد کا ۱۵ سینٹی میٹر اور

گردن سے مشیمہ تک ۲۶ سنٹی میٹر (۱۴ انچ) تھا۔

تخنیق سے واقع شدہ موت میں، دماغ اور اغشیہ کا بیش دموی ہونا کوئی ضروری امر نہیں کیونکہ سباتی شرائین (carotids) کے مضغوط ہو جانے سے خون کی رسد رک جاتی ہے۔ اور حقیقۃً دماغ اور اغشیہ کی حالت، خواہ حبل سے تخنیق ہو کر موت ہو، یا سقوط سے واقع شدہ حبل کے انضغاط سے موت ہو، مستقل نہیں ہوتی۔ سکینزونی (Scanzoni) نے بارہ واقعات میں سے صرف ۲ میں دماغی بیش دمویت پائی۔ حبل السری سے تخنیق ہو کر جو نشان پیدا ہو جاتا ہے، وہ بالعموم گردن کے گرد مسلسل ہوتا ہے اس کی چوڑائی حبل کی موٹائی سے ملا بقت کرتی ہے۔ میزاب عرضی تراش میں گول ہوتا ہے، اور نرم ہوتا ہے اور اہم ترین امر یہ ہے کہ جلد چھلی ہوئی نہیں ہوتی۔

وضع حمل میں سر کے آگے کی جانب بزور خم ہو جانے سے، ایسے نشانات پیدا ہو سکتے ہیں، جو گردن کے گرد لپٹی ہوئی حبل کے پیدا کردہ نشانات سے مشابہ ہوتے ہیں، خاصکر فربہ بچوں میں محتاط امتحان حقیقی فشار کی امارات کی عدم موجودگی ظاہر کر دیتا ہے، مثلاً ایسے فشار کے جو کسی مضیق واسطہ کے استعمال سے پیدا ہوا ہو۔ گردن کو بزور کھینچنے سے اس کے سامنے اور پیچھے کے حصہ میں سرخ دھاریاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ کالٹن باک[1] (Kaltenbach) توجہ دلاتا ہے کہ یہ نشانات تخنیق کے پیدا کردہ نشانات سے مشابہت رکھتے ہیں، اور دو تین دن میں بشرے (cuticle) کے جھڑ جانے ہی غائب ہو جاتے ہیں۔ جب بچہ کا سر فم الرحم سے آگے گزر جاتا ہے، تو منقبض شدہ عنق کے فشار سے اس کی گردن پر ایک نشان باقی رہ جاتا ہے، جو عریض ہوتا ہے لیکن اس قدر واضح نہیں ہوتا جتنے کہ دیگر طریقوں سے پیدا شدہ نشانات۔ ممکن ہے کہ جنینی اغشیہ بچہ کی گردن کے گرد لپٹ جائیں، اور اس سے ایک مشتبہ سا نشان باقی رہ جائے۔

امالت پذیر وضع حمل سے اکثر اوقات بچہ کی موت واقع ہو جاتی

---

[1] Centralbt. f. Gynäcologie. 1888

ہے۔ اغشیہ مشقوق ہونے کے بعد تشنجی طور پر منقبض شدہ رحم سے جو ضغطہ پیدا ہو جاتا ہے، اگر یہ تادیر قائم رہے، تو نہ صرف بچے کو ہلاک کر دیتا ہے بلکہ جسم میں ایسی کیفیات بھی پیدا کر دیتا ہے جن پر کہ دانستہ تشدد کا دھوکہ ہو سکتا ہے۔ ایشبائی[1] (Ashby) نے نوزائیدہ بچوں کا بعد الموت امتحان کرنے پر یہ پایا کہ اما لت پذیر حمل سے پیدا شدہ اختناق کا ایک کثیر الوقوع نتیجہ سحائی نزف ہے سٹیڈ فلٹ[2] (Stadtfelt) بیان کرتا ہے کہ جمجمہ میں نزف کو مجرمانہ اغتصاص کی امارت تصور کئے جانے کا احتمال ہے، حالانکہ زیادہ تر یہ وضع حمل کے دوران میں لگے ہوئے تضررات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ انتہائی خمیدگی سے شوکہ بھی متضرر ہو جاتا ہے اور اس کی جانبوں کے ساتھ ساتھ خون پایا جاتا ہے۔ ایک واقعہ میں سٹیڈ فیلٹ (Stadtfelt) نے گردے کے آس پاس خون نکلا ہوا پایا لیکن شوکہ میں یا کسی نواحی عضو میں کوئی ظاہر اتضرر موجود نہ تھا۔ اگر بچہ کی موت اما لت پذیر حمل سے واقع ہو جائے تو خون کا انصباب کوئی شاذ الوقوع امر نہیں ہے لیکن اگر میعاد بر یا اس سے قبل رحمی عضلوں کا قوی ہونا اور بچے کی بافتوں کا نازک نوعیت کا ہونا مدنظر رکھا جائے تو اس امر پر تعجب کرنے کی ضرورت نہیں۔ بعض مثالوں میں بچہ پیدائش سے کئی دن بعد تک زندہ رہتا ہے، حالانکہ جس تضرر سے وہ بالآخر مرتا ہے وہ بوقت پیدائش لگا ہوتا ہے۔ کیسر[3] (Keser) نے ایک ایسا واقعہ دیکھا جس میں اس نے ۲ اونس خون باریطون میں پایا۔

مانٹیتھ[4] (Monteith) نے ایک بچہ کا نہایت ہی تعجب خیز واقعہ درج کیا ہے۔ یہ بچہ فطری وضع حمل سے تولد ہوا تھا، اس کی دائیں جداری

---

[1] Brit. Med. Journ., 1890

[2] Nord. Medicin. Arkiv, Bd. 17

[3] The Lancet, 1886

[4] The Lancet, 1874

(parietal) ہڈی کے وسط میں ایک منخفض کسر تھا اور یہ ہڈی کسر کے ایک سرے یعنی سہمی (sagittal) درز سے لیکر دوسرے سرے یعنی اکلیلی (coronal) درز تک مشقوق تھی۔ مکسور ہڈی کی اندرونی سطح سے سینن نکلے ہوئے تھے۔

پیدائش میں تفرر سے واقع شدہ اموات کی تعداد، انگلستان اور ویلز میں سنہ ۱۹۰۱ء میں ۴۸۴ سے بڑھکر سنہ ۱۹۱۱ء میں ۹۰۴ ہو گئی، اور سنہ ۱۹۱۹ء میں ۱۱۰۴ تھی۔

عدم تکمیل یا سوئے تغذیہ بچہ کی پیدائش سے تھوڑی دیر بعد موت واقع کر دیتا ہے۔ موخرالذکر اکثر اوقات مشیمی انحطاط کا بلکہ بسا اوقات آتشکی اس کے مشیمی انحطاط کا نتیجہ ہوتا ہے کہ جس سے جنینی رسد خون میں مداخلت ہو جاتی ہے۔ اگر یہ مشیمی رسد خون، نہایت ہی آہستہ آہستہ کم ہو، جیسا کہ ترقی پذیر انحطاط میں ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ جنین میں اختناقی امارات بالکل نہ ہوں، بلکہ وہ محض ناکافی تغذیہ کی وجہ سے کمزور ہو گیا ہو۔ لیکن اگر مشیمہ کی رحم سے قبل از وقت علحدگی سے، دوران خون زیادہ سرعت سے منقطع ہو جائے، تو گمان غالب ہے کہ اختناق کی امارات موجود ہوں گی۔ جنین کی دموی رسد، حبل کے خود بخود مشقوق ہو جانے سے، بھی منقطع ہو سکتی ہے، ریوٹ[1] (Rivet) ایک واقعہ درج کرتا ہے، اس میں جب اغشیہ ٹوٹے تو سری عروق کے از خود انشقاق سے خون کی دھار نکل پڑی تھی۔

نوزائیدہ بچوں میں ناگہانی موت، بظاہر تھائمس (thymus) غدہ کی بیش پروردگی سے ہو گئی ہے۔ گراوٹز[2] (Grawitz) دو واقعات درج کرتا ہے، ایک میں غدہ گرد قلبہ کے بیش ترین حصہ کو ڈھانکے ہوئے تھا۔ شیل[3] (Scheele) نے ایک ۱۶ ماہ کے بچے کا ایک اور ایسا واقعہ درج کیا ہے۔ یہ امر کس اسلوب پر موت

---

[1] Arch. de Toeologie, 1883

[2] Deutsche med. Wochenschr., 1888

[3] Zeitschr f. klin. Med., 1890.

واقع ہوتی ہے واضح نہیں ہوتا، لیکن اختناق کی امارات موجود ہوتی ہیں۔ ممکن ہے، کم از کم بعض واقعات میں، کہ یہ اختناق حنجرہ کے تشنج سے پیدا ہو گیا ہو۔ پالٹاف[1] (Paltauf) بیان کرتا ہے کہ تھائمس (thymus) کی بیش بحوینی (hyperplasia) کلانی سے قصبۃ الریہ کے دب جانے کا کوئی ثبوت نہیں ہے، بلکہ یہ حالت صرف ایک منظر منجملہ ان مناظر کے ہے جو کہ لمفی نظام کے عمومی مرض سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ موت کا براہ راست سبب نہیں ہے۔

مہلک تشوہات اور امراض مثلاً ذات الریہ، صدر مائیت بالعموم اس قدر ظاہر و باہر ہوتے ہیں کہ سبب موت کے متعلق فیصلہ کرنے میں ذرا بھی وقت نہیں ہوتی۔ جمجمہ کی ہڈیوں کا ناقص تعظم، وضع حمل میں مہلک فشار کا خطرہ بڑھا دیتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس پر تشدد سے پیدا شدہ نفررات کا دھوکا ہو۔ ٹیلر (Taylor) اور سٹیونسن[2] (Stevenson) ایک بچہ کے واقعہ کا ذکر کرتے ہیں جس کی لاش ایک تالاب میں پڑی ہوئی پائی گئی۔ اس لاش میں جمجمہ کے نفرر کا یہ منظر پایا گیا کہ ایک جداری ہڈی میں دو سوراخ موجود تھے۔ بغور امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ روزن کے کناروں پر ہڈی پتلی ہو گئی ہے، اور یہ کہ ابتدا میں فضائیں ایک غشا سے ڈھکی ہوئی تھیں، جو کہ تعفین کی وجہ سے معدوم ہو گئی ہے۔

125 تاخیر پذیر وضع حمل کے متعلق بیان کیا گیا ہے کہ یہ بھی بچہ کی موت کا سبب ہو سکتا ہے۔ اس کی متضاد انتہا، یعنی عجلت پذیر وضع حمل بھی خطرہ سے پُر ہوتا ہے۔ جن اسالیب پر اس سے موت وقوع پذیر ہوتی ہے وہ مختلف ہیں۔ اگر بچہ سر کے بل کسی جانب سخت سطح پر گرے، تو ممکن ہے کہ جمجمہ کی ہڈیاں شکست ہو جائیں۔ اگر بچہ نکلتے وقت عورت سیدھی کھڑی ہو، تو ممکن ہے کہ جداری (parietal) ہڈیاں شکست ہو جائیں۔ جب ایک ہی ہڈی ٹوٹتی ہے تو بالعموم

[1] Wiener klin. Woehenschr., 1890.

[2] Principles and Practice of Med. Jurisprudence.

حوض میں بچہ کی تدویر کی وجہ سے یہ ہڈی بائیں ہوتی ہے۔ شاید کسر جبہی (frontal) اور قذالی (occipital) ہڈیوں تک پھیل جائیں۔ ممکن ہے کہ بچہ رات کی طشت چوکی (night commode) یا کسی دیگر ظرف میں دفعتہً گرے، اور رحل یا دیگر سیال میں ڈوب کر مر جائے۔ جب بچہ کسی ایسے ظرف میں گرتا ہے، تو بالعموم یہ سر کے بل داخل ہوتا ہے۔ بدیں وجہ اگر اس کو فوراً ہی نہ نکال لیا جائے تو سیال کی تھوڑی سی مقدار بھی اختناق پیدا کر دینے کے لیئے کافی ہوتی ہے۔ رینر (Rayner) اور اسٹورٹ[1] (Stuart) نے ایک حیرت انگیز واقعہ درج کیا ہے کہ ایک ۲۶ سالہ اول الولادت عورت (primipara) کو اس کا خاوند عمدہ صحت اور اچھی حالت میں چھوڑ کر صبح دو بجے کہیں چلا گیا۔ جب ۴ بجے صبح واپس لوٹا تو اس کو ایک بیت الخلا (water-closet) کے اندر مردہ پایا۔ اس عورت کا وضع حمل اسی حالت میں ہو گیا تھا، اور بچے کا سر بیت الخلا کے زیریں سوراخ سے پورے طور پر گزرا ہوا تھا، لیکن اس کا دھڑ اور جوارح اوپر رہ گئے تھے۔ بچہ کو نکالنے کی بزور کوشش کی گئی۔ لیکن چونکہ وہ تندرست کامل المیعاد لڑکی تھی، لہذا وہ اس وقت تک نہ نکل سکی جب تک کہ مٹی کے ظرف کو توڑ نہ دیا گیا۔ ماں کے امتحان سے یہ معلوم ہوا کہ رحم اور عنق کا زیریں قطعہ، دو جانبی طور پر رحم کی پوری عضلی موٹائی تک مشقوق ہو گیا ہے، مہبل کی غشائے مخاطی اور اس کی عضلی دیوار کا کچھ حصہ مشقوق ہو گیا ہے، اور عجان کی عمیق تر بافتیں دریدہ ہو گئی ہیں۔ عجان اوپری طور پر صحیح و سالم تھا، اور موت کی وجہ، صدمہ اور نزف تھا۔ مشاہدوں نے بتلایا کہ یہ واقعہ طبی قانونی نقطۂ نگاہ سے دلچسپ ہے، کیونکہ اگر ماں مر نہ گئی ہوتی تو شائد یہ حجت پیش کی جاتی کہ بچہ کو اس غیر معمولی مقام میں پہنچانے کے لیئے، جس میں وہ پایا گیا تھا کشش ثقل کی قوتوں اور اخراجی قوتوں کے علاوہ کوئی دیگر قوت بھی استعمال کی گئی ہے۔ ایسے تصرف سے کہ جس میں بچہ محض گر ہی جائے، اور کوئی جمجمہ کا کسر پیدا نہ ہو، مہلک نتیجہ مترتب ہو سکتا ہے۔ اسیطرح

---

[1] The Lancet 1905 - ط

سرد ہوا میں بغیر کسی پوشش کے اور بغیر کسی تفرر کے ننگا پڑا رہنا خاص طور پر کمزور بچہ میں موت کی کافی وجہ ہو سکتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں جن میں گرنے سے مہلک ضربی (traumatic) تفررات پیدا نہیں ہوتے، موت اس لئے واقع ہوتی ہے کہ بچہ کی طرف کوئی التفات نہیں کیا جاتا۔ یعنی اگر بچہ کو خطرہ کے منع یعنی غرقابی یا سردی لگنے سے بچا لیا جائے، تو پھر وہ نہیں مرتا۔ ایسا بچہ بالعموم یا تو چھوٹا ہوتا ہے یا نامکمل ہوتا ہے اور اسکے سر میں تورم سابیہ (caput succedaneum) اور تر الصیاغ (moulding) نظر آتا ہے۔

مہلک وارداتوں میں اس امر کی کہ بچہ کو کیوں مرنے دیا گیا عموماً یہ وجہ پیش کی جاتی ہے کہ بوقت پیدائش ماں بے ہوش ہو گئی تھی۔ یہ سوال معتدبہ اہمیت رکھتا ہے کیونکہ یہ بچہ کشی کے اکثر واقعات میں اٹھایا جاتا ہے تاہم پیدائش کی اثنا میں بے ہوشی ہو جانے کے متعلق اکثر ماہرین تشکک کا اظہار کرتے ہیں۔

ہیڈنھین[1] (Heidenhain) نے ایک عورت کا واقعہ بیان کیا ہے جس کو نصف شب میں دردزہ کا حملہ ہوا، اور وہ چراغ لینے کے لئے بستر سے اُٹھی۔ جیسا کہ وہ بیان کرتی تھی اس کو فوراً بچہ تولد ہوا جس کی حبل السری زمین پر گرتے ہی ٹوٹ گئی۔ ماں بستر پر واپس آتے ہی بے ہوش ہو گئی، ہوش میں آنے پر اس کو معلوم ہوا کہ بچہ تو مر گیا ہے۔ بچہ کی موت کی وجہ درون جمجمی نزف تھا، جو کہ بائیں جداری (parietal) ہڈی کے متضرر ہونے کا نتیجہ تھا۔ ہیڈنھین (Heidenhain) ناجائز بچوں کی ولادت کے بعد بے ہوشی ہونے کی کثرت کو بنظر شبہ دیکھتا ہے، اور وہ اول الولادت عورتوں (primipara) میں ناگہانی وضع حمل ہونا بہت ہی غیر معمولی تصور کرتا ہے۔ یہ دونوں اعتراضات معتدبہ وزن رکھتے ہیں، لیکن ایسے واقعات بھی ہوئے ہیں جو شک سے بالاتر ہیں اور ان سے سریع ولادت ہونا اور اُسی وقت یا بعد میں بے ہوشی ہو جانے کا امکان ثابت ہوتا ہے۔ پلمان[2] (Pull-mann) نے اس قسم کا ایک سبق آموز واقعہ درج کیا ہے۔ ایک عالی مرتبہ

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1889

[2] do 1891

شادی شدہ خاتون کو جو کہ ایک بچہ کی متوقع پیدائش کا بڑی مسرت سے انتظار کر رہی تھی، پشت میں کچھ دردیں ہوئیں، لیکن اس نے یہ نہیں سمجھا کہ یہ دردِ زہ ہے۔ ایک دو گھنٹہ بعد اس کو حزق کی دردیں شروع ہو گئیں، اور اغشیہ منشقوق ہو گئے۔ طبیب اور نرس کو فوراً بلایا گیا۔ اس اثنا میں مریضہ کو پیشاب کی سخت حاجت ہوئی اور وہ پیشاب کرنے کے لئے بستر سے اٹھی۔ اس نے اپنے آپ کو برتن پر رکھدیا، لیکن اسکو اعضائے تناسلی میں ایک عجیب سریع حرکت محسوس ہوئی، وہ اچھل پڑی اور بچہ اسی وقت برتن میں جا گرا اور اس کے بعد مشیمہ بھی۔ ماں فوراً بے ہوش ہو گئی۔ اگر اس وقت نرس (nurse) نے کمرے میں داخل ہو کر بچہ کو، جو کہ برتن میں سر کے بل پڑا ہوا تھا، اس خطرناک مقام سے نکال نہ لیا ہوتا، تو وہ بلا شک مر گیا ہوتا۔ بچہ نمو کے اکتیسویں ہفتہ میں تھا، اور ساپیا (caput succedaneum) موجود نہ تھا۔ سریع اخراج کی وجہ سے، ماں کے عجان میں ایک وسیع انشقاق ہو گیا تھا۔ اگر یہی واقعہ کسی خادمہ کو پیش آتا، اور وہ پیشاب کی حاجت کی وجہ سے بیت الخلا میں گئی ہوتی تو اسکے دوبارہ ہوش میں آنے تک بچہ مدت سے مر گیا ہوتا۔ وہ اس واقعہ کی جو تفصیل دیتی، غالباً اسے مکمل تصنع پر محمول کیا جاتا۔ برونن[1] (Brunon) ایک قریب المیعاد اول الولادت عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے، جس کو پشت میں کچھ درد ہوا، اور تبرز کی حاجت ہوئی۔ اس نے تبرز کی کوشش کی، اور اس کے بعد بستر پر واپس آ گئی۔ پھر اس کو اس سے بھی شدید حاجت محسوس ہوئی اور وہ طشت چوکی (commode) کو جانے کی غرض سے پھر اٹھی لیکن رانوں کے درمیان کچھ شئے دیکھکر متعجب ہوئی جو ایک بچہ کا سر تھا۔ اس خارجی شئے کے وجود سے آگاہ ہونے سے قبل، اس کو کچھ معلوم نہیں تھا کہ کیا ہوا ہے۔ ایک دیگر واقعہ میں جس کی لینگر[2] (Langier) نے اطلاع دی ہے، ایک عورت جس کو ۸ ماہ کا ترقی یافتہ

---

[1] Journ. de Med. et de Chirurg., 1880.

[2] Annales d' Hygiéne, 1891

حمل تھا، رفع حاجت کی ناقابل ضبط خواہش سے مجبور ہو گئی، لیکن جب بستر پر سے اٹھی تو بچہ خارج ہو کر برتن میں جا گرا۔ حبل نہیں ٹوٹی تھی، اور مشیمہ کو بعد میں جدا کرنا پڑا، بچہ کا احیاء کیا گیا۔ اخراج سے چوتھائی گھنٹہ قبل عورت کو کچھ بھی محسوس نہ ہوتا تھا۔ ایرن ڈار فر[1] (Ehrendorfer) ایک عجلت آمیز وضع حمل کا واقع درج کرتا ہے، جو ایک زچگی کے ہسپتال میں ہوا تھا۔ ایک کثیر الولادت عورت (multipara)، جس کو حمل کا آٹھواں مہینہ تھا، کچھ مدت سے قبلی دردوں کی شکایت کیا کرتی تھی۔ ایک رات وہ بیت الخلا میں گئی، اور ۱۰ منٹ کے بعد واپس آکر کہنے لگی کہ اس نے تو بچہ جنا ہے۔ زچہ خانہ میں پہنچتے کے ساتھ ہی اس کے اندر سے مشیمہ گر پڑا۔ حبل کا چسپیدہ حصہ ۱۱ انچ لمبا تھا، اور اس کا آزاد سرا پھٹا ہوا تھا۔ بچے کا جسم بیت الخلا میں ملا۔ یہ طول میں ۱۹ انچ اور کندھوں کے وار پار ۳¾ انچ تھا۔ سابیا (caput succedaneum) بھی موجود تھا۔ پھیپھڑوں میں ایک سیال موجود تھا، جو اس سیال سے مشابہ تھا جو کہ چوکی میں پایا گیا۔ یہ عورت ۷ دن بعد مر گئی، اور امتحان لاش (autopsy) پر شوکہ کا تدرن (tuberculosis)، اور خصری (psoas) پھوڑا پایا گیا۔ یہ اس درد کی، جس کو مریضہ ہمیشہ محسوس کیا کرتی تھی، توجیہہ کرتا تھا، اور اس کے اس بیان کو کہ میں نہیں جانتی کہ درد زہ کب شروع ہوا، نہایت ہی اغلب ظاہر کرتا تھا۔ ان واقعات سے ظاہر ہے کہ ایسے بیانات کو جو سخت مشکوک حالات کے ماتحت دئیے جائیں، اس وجہ سے فی الفور مسترد نہ کر دینا چاہیئے کہ یہ بالکل ناممکن ہیں۔

اگر بوقت اخراج کوئی عورت بے ہوش ہو گئی ہو، تو ضرور ہے کہ ہوش آنے پر وہ دیکھ لے گی کہ کیا ہوا ہے۔ لہذا اگر وہ مردہ بچہ کو چھپائے، اور معاملہ کو صیغۂ راز میں رکھے، تو وہ اس واقعہ کو قصور واری کا جامہ پہنا دیتی ہے۔ بچہ کی لاش کا امتحان ایسی امارات تصفیر کے لئے کرنا چاہیئے جو دیئے ہوئے بیانات کے متناقض ہوں۔ اسیطرح ہوائی گذرگاہوں کے مشمولات کا امتحان

[1] Wiener klin. Wochenschr., 1895.

اس غرض سے کرنا چاہیئے کہ ان میں اس نوعیت کی شے یا سیال موجود ہے کہ جس نوعیت کی شے یا سیال میں بچہ کا گرنا بیان کیا گیا ہے ۔ اگر حبل ٹوٹی ہوئی ہو ، تو یہ معائنہ کرنا چاہیئے کہ کسی کاٹنے والے اوزار کے ذریعہ یا ہاتھوں سے کھینچکر مصنوعی طور پر جدا کرنے کی علامات تو نہیں ہیں ۔ اگر بچہ طاقت ور ہو، تو ممکن ہے کہ برتن میں گرنے کی اثنا میں وہ اس قدر سانس درکشیدہ کرلے کہ اس کے پھیپھڑے جزئی طور پر تیراک ہو جائیں ۔ علامات اختناق بہرکیف موجود ہی ہوں گی ۔ قتل کی وارداتوں میں عام طور پر بچہ کا اغتصاص یا اس کی تخنیق کردی جاتی ہے ۔ اس لئے منہ اور نتھنوں اور حلق کے پاس جسم کا معائنہ کرنا چاہیئے ۔

127

جب حبل سے بندش لگاکر حبل کو کاٹ لیا جاتا ہے، تو اس سے پیدا شدہ نزف موت کا باعث ہوسکتا ہے ۔ اس کی وجہ بظاہر یہ ہوتی ہے کہ خون کا مروب ہونے کی جانب عدم میلان ہوتا ہے یا بندش ناکافی طور پر کسی ہوئی ہے ۔

بچہ کی موت مجرمانہ تشدد سے

موت کے ان اسالیب پر اب غور ہوگا کہ جن سے بچہ کشی کا جرم بنتا ہے ۔ ظاہر ہے کہ اگر کوئی شخص کسی بچہ کی جان لینا چاہے تو وہ بچہ بالکل اس کے رحم وکرم پر ہوتا ہے لہذا جن جن طریقوں سے یہ فعل انجام دیا جاسکتا ہے ان کی بمشکل کوئی انتہا مقرر کی جاسکتی ہے ۔ لیکن بعض طریقے بلحاظ تواتر غالب الوقوع ہیں ۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یہ آسانی سے عمل میں لائے جاسکتے ہیں اور بالکل ایسے مناظر پیدا کرتے ہیں جو اتفاقی یا فطرتی اسباب سے واقع شدہ موت کے بعد بھی پائے جاتے ہیں ۔

اغتصاص ۔ ۱۹۱۱ء میں انگلینڈ (England) اور ویلز (Wales) میں ، ایک سال سے کم کے بچوں میں بارہ اموات دم گھونٹ کر قتل کی طرف منسوب کی گئیں ۔

نوزائیدہ بچے کا دم آسانی سے گھونٹا جا سکتا ہے اس طرح کہ منہ اور نتھنوں پر
کوئی نرم چیز مثلاً برہنہ ہاتھ، یا تہ کیا ہوا کپڑے کا ٹکڑا رکھدیا جاتا ہے۔ اگرچہ اس
مقصد کے لئے بہت ہی کم دباؤ کافی ہوتا ہے لیکن اگر یہ دباؤ براہ راست
منہ پر عمل میں لایا جائے تو بالعموم بچہ کی نازک بافتوں سے دباؤ کے عمل میں لائے
جانے کی شہادت حاصل ہوتی ہے۔ ایسا بہت ہی شاذ ہوتا ہے کہ مقصد
کی تکمیل کے لئے تشدد کی کم از کم مقدار جو ضروری ہو استعمال کی جائے۔ اور اس کو بطور
ایک بدیہی امر کے تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ تقریباً تمام اقدامات قتل میں اس سے
زیادہ تشدد استعمال کیا جاتا ہے کہ جس قدر موت واقع کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔
اور اس امر کا اطلاق بچہ کشی پر ایک استثنائی خصوصیت کے ساتھ ہوتا ہے۔
ارتکاب کنندہ عورت بالعموم کوئی ایسی عورت ہوتی ہے جو بوقت ارتکاب جرم
کسی زبردست جذبہ کے زیر اثر ہوتی ہے اور اس امر کا صحیح صحیح اندازہ کرنے کے
کہ موت واقع کرنے کے لئے کس قدر تشدد کی ضرورت ہے، قابل نہیں ہوتی۔ وافر
تشدد بسا اوقات استعمال کرنے کی ایک وجہ اور بھی ہے۔ یعنی بچہ کا رونا فی الفور
بند کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ موت کے بعد بیرونی مناظر اس اسلوب کے
مطابق اختلاف پذیر ہوتے ہیں جس سے دم گھونٹنا انجام دیا جاتا ہے۔ یعنی آیا
دباؤ براہ راست منہ پر عمل میں لایا جاتا ہے یا بچہ کو کسی ایسے نرم مادے میں جو ہوا کی
رسائی مسدود کر دے ملفوف کر دیا جاتا ہے۔ فیلٹز[1] (Fielitz) نے دم گھونٹ کر
بچہ کشی کے تین واقعات بیان کئے ہیں۔ ایک میں یہ بچہ کو پروں کے تکیہ سے ڈھانکر
انجام دی گئی اور اس واقعہ میں تشدد کی کوئی بیرونی امارات موجود نہ تھیں۔ دوسرے
واقعہ میں ماں نے بچے کے منہ اور ناک پر اپنا ہاتھ رکھکر اس کا دم گھونٹ ڈالا معائنہ
کرنے پر اس کا منہ بند پایا گیا، اور ہونٹ سفید تھے اور ان کے درمیان زبان
کی نوک تھی گردن کی دائیں جانب پر اور کندھے سے ذرا اوپر چار نشان اور بائیں
طرف اسی مقام پر ایک ہی نشان پایا گیا یہ انگلیوں کے ناخنوں سے متناظر تھے۔ اختناق

[1] Vierteljahrsschr f. ger. Med., 1891.

کی اندرونی امارات بھی موجود تھیں۔ بچہ کے پیدا ہوتے ہی ماں نے اپنا دایاں ہاتھ اس کے منہ پر رکھا تھا اور اس کا تنفس روک رکھا تھا۔ اور گلے پر نشانات اس طرح پیدا ہوئے تھے کہ انگوٹھے اور انگلی کے ناخن گردن پر رکھے رہے۔ انگوٹھے اور انگلی کو بچہ کے چہرے کے تحدب سے متوافق کرنے کے لئے خم کر لیا گیا تھا۔ ایک تیسرے واقعہ میں، منہ یا گردن پر تشدد کے کوئی آثار تھے اور نہ جسم کے کسی دیگر حصہ پر تھے۔ لیکن اندرونی طور پر امارات اختناق نظر آتی تھیں۔ اغتصاص بچہ کو دامن (apron) میں ملفوف کر کے پیدا کیا گیا تھا۔ شلر (Schiller) نے ایک نوازئیدہ بچے کا امتحان کیا تو اختناق کی امارات کے علاوہ باریک تر شعبتوں میں خون کی کچھ مقدار پائی گئی۔ بلعوم (pharynx) کی پشت پر کچھ تضررات پائے گئے جو ماں نے اغتصاص پیدا کرنے کی غرض سے بچہ کے منہ میں انگشت شہادت داخل کر کے لگائے تھے۔ انگلی کے کچھ مدت تک وہاں قائم رہنے سے بلعوم کی دیوار چھل گئی تھی اور نزف واقع ہو گیا تھا۔ اغتصاص کا باعث انگلی کی موجودگی تھی نہ کہ وہ خون جو کہ شعبتوں میں پڑا ہوا تھا کیونکہ اس خون میں ہوا ملی ہوئی نہیں تھی۔

128

یہ بھی ہو سکتا ہے کہ اختناق سے مرے ہوئے بچہ کی لاش کسی ایسے واسطے میں پڑی پائی جائے جو اغتصاص پیدا کرنے کے قابل ہو، لیکن موت اس اغراق سے پیشتر ہی واقعہ ہو چکی ہو۔ لہذا یہ ضروری ہے کہ موت کے کسی اغلب سبب کو مناسب تفتیش کے بغیر تسلیم نہ کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ لاش کسی تالاب یا چوبچہ (cesspool) میں پڑی ہوئی ملے لیکن موت وہاں رکھے جانے سے پہلے ہی واقع ہو چکی ہو۔ ہوائی گزرگاہوں اور امعائی خطہ میں اس واسطے کے شائبات کی جس میں لاش پڑی ہوئی پائی جائے بڑے حزم و احتیاط سے تلاش کرنا چاہئے۔ اگر کچھ شائبات موجود ہوں تو ان سے اس امر کی شہادت حاصل ہوتی ہے کہ بوقت اغراق حیات موجود تھی۔ چنانچہ ایک ٹھوس

Verteljahrsschr. f. ger. Med., 1887

واسطہ جو ذرات کی حالت میں مثلاً ریت یا بھربھری مٹی زندہ تدفین کی مذکورہ بالا شہادت مہیا کرتی ہے۔ مشکا[1] (Maschka) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں ایک بچہ ایک کھیت میں ایک انچ کی گہرائی پر دفن پایا گیا۔ اس کے منہ میں کیچڑ کی سی کثافت کی ایک پوٹ تھی۔ یہ اسی ریت اور مٹی سے بنی ہوئی تھی جو کہ لاش کے ارد گرد تھی۔ اس کا کچھ حصہ حلق اور حنجرے تک گھس گیا تھا۔ لیکن آگے قصبۃ الریہ یا مری (oeso-phagus) میں اس کا کوئی پتہ نہ ملتا تھا۔ معدہ میں بھی اس کے شائبات بالکل نہ تھے۔ البتہ اثنا عشری میں ایک چھوٹا سا ٹکڑا پایا گیا۔ پھیپھڑوں سے تنفس کا ثبوت حاصل ہوتا تھا اور اختناق سے واقع شدہ موت کی قیاسی علامات موجود تھیں۔ رائے جو دی گئی وہ یہ تھی کہ زمین میں رکھے جانے سے پیشتر بچہ سانس لے چکا تھا۔ اور بعد میں تنفس (inspiration) کی کوششوں سے کچھ مٹی منہ میں کھنچ آئی تھی لیکن یہ اس قدر ملتصق (coherent) تھی کہ آگے نہ گذر سکی۔ ابتلاع کی حرکات سے جو تنفس کی کوشش کے وقت ظہور پذیر ہوں مٹی کا ایک ٹکڑا معدہ میں پہنچ گیا تھا۔ اور وہ حرکات دودیہ جو بدنی موت کے وقت فوراً منقطع نہیں ہو جاتیں، اسے آگے اثنا عشری میں لے گئی تھیں۔ ٹارڈیو[2] (Tardieu) نے درج کیا گیا ہے کہ ایک بچہ کی لاش ایک صندوق میں پائی گئی۔ بچہ اغتصاص سے مرا تھا، نہ کہ صندوق میں بند ہونے کی وجہ سے۔ زیریں لب بروں گردیدہ (everted) تھا اور اس پر کسی بنی ہوئی بافت (woven tissue) کا ارتسام تھا، جس کا ایک ٹکڑا اس کے ساتھ ہی چپکا ہوا تھا۔ اغتصاص بچہ کے منہ پر روئی کا کپڑا دبانے سے انجام دیا گیا تھا۔

جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے، نوازئیدہ بچہ کا دم آسانی سے گھونٹا جا سکتا ہے۔ بستر کے کپڑوں کے نیچے رکھ چھوڑنا شمع حیات گل کر دینے کے لئے کافی ہے، بغیر اس کے کہ اغتصاص کی کچھ بیرونی امارات پیدا ہوں۔ لہٰذا ایسے

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1886.

[2] E'tude Medico-legale sur l'Infanticide, 1868.

واقعات میں موت کو مجرمانہ نیت پر محمول کرتے وقت مناسب احتیاط برتنے کی ضرورت ہے۔ ممکن ہے کہ ماں کو غش آگیا ہو، یا کسی دیگر وجہ سے وہ اتنے عرصہ تک بے ہوش یا اپنے افعال میں غیر ذمہ دار رہی ہو، کہ بچہ کی جان لینے کا قصد کئے بغیر موت کا سبب ہوگئی ہو لیکن اس کے متعلق کوئی محکم قاعدہ مقرر نہیں کیا جاسکتا۔ ان شادی شدہ عورتوں میں جن کو حال ہی میں درد زہ ہوا ہو بیرونی ہیجانات کے ادراک (appreciation) کی قابلیت ایک قریب قریب غیر متناہی حد تک تغیر پذیر ہوتی ہے بعض عورتیں بوقت وضع حمل مانیازدہ (maniacal) ہوجاتی ہیں بعد میں ان پر ایک نیم ہوشی کی حالت طاری ہوجاتی ہے۔ بعض اپنی اولاد کے حشر کے متعلق اتنی مدت تک بے پرواہ رہتی ہیں کہ مطلوبہ توجہ حاصل نہ ہونے کی صورت میں بوجہ غفلت اس کی موت واقعہ کردینے کے لئے یہ مدت بالکل کافی ہوتی ہے۔ لیکن بعد میں اس کی بہبودی کے متعلق نہایت پرجوش دلبستگی کا اظہار کرتی ہیں اس کی متضاد انتہا جو غیر شدی شدہ عورتوں میں ملتی ہے، مساوی طور پر نمایاں ہوتی ہے۔ یہ کوئی شاذ واقعہ نہیں ہے کہ ایک خادمہ لڑکی ایک ایسے کمرے میں کہ جس میں اس کے ساتھ کوئی اور خادمہ بھی رہتی ہو، بچہ جنتی ہے۔ اور اس کی لاش کو ٹھکانے لگا دیتی ہے بغیر اس کے کہ کوئی فوری شک پیدا ہو۔ ایک واقعہ میں ایک خادمہ لڑکی نے اسوقت جبکہ بچہ تولد ہورہا تھا سامنے کے دروازے کی گھنٹی بجتی سنی اور اس نے فوراً دروازہ کھولکر اپنی مالکہ کو اندر داخل کرلیا۔ بعدہٗ معلوم ہوا کہ اس وقت مشیمہ ابھی رحم کے اندر رہی تھا، اور نزف بھی ہورہا تھا۔ ایک اور واقعہ میں ایک خادمہ لڑکی گھر سے کچھ دور نکل گئی اور واپسی پر اس لڑکے کو کہ جو گاڑی چلا رہا تھا ٹھیرنے کے لئے کہا۔ گاڑی سے اتر کر وہ ایک جھاڑی کے ایک گوشہ میں چلی گئی۔ پانچ منٹ بعد اس کو گھر کی جانب چلتے ہوئے دیکھا گیا جو کہ ½ ۱ میل کے فاصلے پر تھا۔ دوسرے دن وہ حسب معمول اپنے کام میں مصروف رہی اس پانچ منٹ کے وقفہ میں اسنے ایک زندہ بچہ جنا تھا۔ آیا ماں نے بچہ کی بہبودی کے لئے جو کچھ ضروری تھا۔ اس کے متعلق اغلباً دانستہ تغافل کیا یا نہیں اس امر کے متعلق رائے قائم کرنے کے لئے ان بیرونی اثرات کو بھی ملحوظ رکھنا چاہیئے۔ جو

129

علی الترتیب شادی شدہ اور غیر شادی شدہ عورتوں کے وضع حمل کی اثنا میں وضع حمل کے بعد انکے رویہ پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ غیر شادی شدہ عورتوں کے متعلق تو یہ ہے کہ ان پر تولد شدہ بچہ کی موت کی خواہشمند ہونے کا شبہ کرنے کے لئے بدیہی وجوہ موجود ہیں۔ لیکن جرم ثابت کر دینے والے حالات کی عدم موجودگی میں عورت کے اس بیان پر کہ وہ بوقت وضع حمل بے ہوش ہو گئی تھی کان نہ دھرنا بے انصافی ہو گی۔ یہ حقیقت ہے کہ شادی شدہ جو عورتیں اپنی اولاد کی زندگی کی متمنی ہوتی ہیں بعض اوقات اپنے جذبات یا اپنی مصیبت کی سختی سے اس قدر مغلوب ہو جاتی ہیں کہ ان کی اولاد کی جان مخدوش ہو جاتی ہے۔ لہذا اس امر سے انکار نہیں ہو سکتا کہ اس حالت کا حملہ غیر شادی شدہ عورت پر بھی ہو سکتا ہے۔

تخنیق۔ انگلینڈ اور ویلز میں ۱۹۱۹ء میں ایک سال سے کم عمر کے ۲۴ بچوں کی اموات کے متعلق سرکاری بیان یہ تھا کہ یہ گلا گھونٹکر قتل کرنے کا نتیجہ ہیں۔ اس سبب سے واقع شدہ اموات کی تعداد گذشتہ دس سال میں معتدبہ طور پر کم ہو گئی ہے۔ یعنی ۱۹۰۵ء سے لیکر ۱۹۱۱ء تک ان کی سالانہ اوسط صرف ۸۶ تھی۔

تخنیق یا تو خالی ہاتھوں ذریعہ بچہ کا گلا گھونٹ کر انجام دی جاتی ہے اور یا ڈوری فیتہ یا ایسے ہی کسی دیگر واسطہ کے ذریعہ۔ جب تخنیق خالی ہاتھ کے ذریعہ انجام دی جائے تو بالعموم انگلیوں کے دباؤ سے پیدا شدہ نشانات دیکھے جاتے ہیں۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ بچہ کی گردن کے بائیں جانب یہ انگلیوں کے ناخنوں سے پیدا شدہ دو یا زیادہ ارتسامات اور دائیں جانب پر ایک ہی ارتسام ملتا ہے۔ جس کی وجہ گلے کا دائیں ہاتھ کی انگلیوں اور انگوٹھے کے درمیان گرفت کیا جانا ہے۔ صرف ہوائی گذرگاہوں کے گرفت کئے جانے کی بجائے ممکن ہے کہ تمام کی تمام گردن پکڑی جائے اور اس صورت میں ناخنوں کے نشانات اس مقام سے جہاں ان کے ہونے کی توقع ہے، اور بھی پیچھے ہوتے ہیں۔ ناخنوں کے نشانات کے علاوہ شاید اوپری کدمات بھی پائے جائیں جو انگلیوں سے پیدا شدہ دباؤ کے خطوط سے متناظر ہوتے ہیں۔ یہ کدمات اکثر اوقات

کانوں تک اور چہرے کی جانبوں کے ساتھ ساتھ پھیلے ہوتے ہیں بالکل (custicle) کی تسلخات (excoriation) بھی موجود ہو سکتی ہیں، یہ انگلی کے ناخن کے ذریعہ کھرچنے سے پیدا ہوتی ہیں بعض مثالوں میں اگرچہ موت گلا گھونٹ کر ہی واقع کی گئی ہوتی ہے لیکن کوئی خارجی امارات دکھائی نہیں دیتیں۔ ان واقعات میں گمان غالب یہ ہے کہ انگوٹھے اور انگلی کے درمیان کا وتر گلے کے سامنے رکھا گیا ہو اور دوسرے ہاتھ کی ہتھیلی سے گردن کی پشت کو سہارا دیا گیا ہو۔ ہاتھ اور گلے کے درمیان کسی نرم کپڑے کا حائل ہونا بیرونی نشان زدگی کو معتد بہ طور پر کم کرتا ہے۔ خواہ اوپری کدمات نہ بھی دکھائی دیتے ہوں یہ ممکن ہے کہ عمیق ساختیں خون سے دررینختہ ہوں۔ اگر زیادہ تشدد برتا گیا ہو تو عضلے کوفتہ (bruised) ہوں گے اور حنجرہ کے غضروف غالباً مکسور ہوں گے بلکہ شاید فقرات (vertebræ) بھی تضرر رسیدہ ہوں۔

ماں اپنے وضع حمل کی اعانت میں جو مساعی کرتی ہے ان سے ایسے نشانات پیدا ہو سکتے ہیں کہ جو مجرمانہ تشدد سے پیدا شدہ نشانات سے تشابہ ہوں۔ ناک منہ اور کانوں کے قرب وجوار میں انگلی کے ناخنوں سے پیدا شدہ کھرنچیں اور شاید زیرین جبڑے (lower jaw) کے زیرین حصہ پر اور گردن کی خاب پر انگلیوں کی نوکوں کے دباؤ کی علامات پائی جاتی ہیں۔ یہ امر انتہائی طور پر بعید از قیاس ہے کہ کوئی ماں محض وضع حمل میں تعجیل کی کوشش سے بچہ کی زندگی کو مخدوش کر دے لہٰذا اگر شدید تضررات پہنچے ہوں تو گمان اس توجیہہ کے مخالف ہوتا ہے۔ باز و اور ٹانگ کی تطریق (presentation) میں ماں بچہ کو نکالنے کی کوشش کرتے ہوئے جو غیر مناسب جبر عمل میں لاتی ہے، ممکن ہے کہ اس سے کسر یا خلع (dislocation) واقع ہو جائے۔

سینہ اور شکم پر اس طرح کا طویل دباؤ ڈالنے سے کہ جس سے شہیق (inspiration) رک جائے حبس دم واقع ہو سکتا ہے۔ اور تاوقتیکہ بچہ کا جسم کسی نرم کپڑے کی وجہ سے محفوظ نہ رہا ہو غالباً انگلیوں کے اور انکے ناخنوں کے نشانات متمیز ہو سکیں گے۔ تارڈیو (Tardieu) نے ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں سینہ اور شکم پر ایک نشیب موجود تھا

180

Bericht über d. Sitz.d. Ges. f. Geb. n. Gyn., 1885. ط

اگر بچہ کا گلا گھوٹنے کے لئے ڈوری یا فیتہ یا کسی مماثل واسطہ کا ٹکڑا استعمال کیا گیا ہو تو گردن کے گرداگرد یا اس شے کچھ دور تک گرداگرد ایک واضح میزاب پایا جاتا ہے۔ اور اس میزاب کا عرض اور گہرائی بعض حدود کے اندر استعمال کردہ شے کی نوعیت پر اور اس امر پر کہ کس درجہ کی قوت صرف کی گئی ہے، منحصر ہوتا ہے۔ ایک رومال کی بہ نسبت ایک تپلی ڈوری جو مساوی قوت سے استعمال کی جائے، زیادہ گہرا میزاب پیدا کرتی ہے۔ میزاب کی تہ بالعموم سفید یا خاکستری ہوتی ہے اور اس کے کنارے نیلے یا بنفشئی رنگ کے ہوتے ہیں۔ غالباً میزاب کے بعض حصص یا کنارے وال پر اوپری کدمات دکھائی دیتے ہیں لیکن ہمیشہ نہیں دکھائی دیتے۔ بر جلد میں لسلخات پائے جانے کا بھی امکان ہے بجز اس صورت کے کہ حبس دم پیدا کرنے والا واسطہ نہایت ہی ہموار ہو اور نرم ساخت کا ہو۔ میزاب کے تلے اور گرد و پیش خون کی عمیق و عابد ریاں تقریباً ہمیشہ پائی جاتی ہیں۔ اور اگر سخت تشدد برتا گیا ہو، تو ممکن ہے کہ عضلے بھی دریدہ ہوں اور حنجرہ اور قصبتہ الریہ اور حتی کہ عنقی فقرات (vertebræ) کو بھی تضررات پہنچے ہوں۔ اندرونی امتحان کرنے پر اختناق سے واقع شدہ موت کی امارات نظر آتی ہیں۔

تحنیق کے ذریعہ بچہ کشی کے الزامات میں عام طور پر یہ صفائی پیش کی جاتی ہے۔ کہ موت دوران وضع حمل میں حبل السری کے گردن کے گرد لپٹ جانے سے واقع ہوئی۔ اتفاقی اختناق جو اس سبب سے پیدا ہو جاتا ہے اس کی علامات پیشتر بیان کی جا چکی ہیں۔ ایک دو مزید نقطوں پر بحث کرنا باقی ہے۔ اول گردن کے گرد جو نشان پایا جاتا ہے، اس کے منظر کے متعلق۔ یہ غلط فرض کر لیا گیا ہے کہ جب مخنقیق واسطہ حبل السری ہو تو مقامی کدمات موجود نہیں ہوتے۔ حقیقت یہ ہے کہ حبل السری سے اتفاقی تحنیق کے غیر مشتبہ واقعات میں بعد الموت امتحانوں کے نتائج سے اس متضاد امر ثابت ہوتا ہے۔ تاہم ایک مابہ الامتیاز موجود ہے (جس کا پیشتر بھی ذکر ہو چکا ہے) اور جو ایک تشخیصی امارت کی حیثیت سے معتد بہ اہمیت

رکھتا ہے یعنی یہ کہ ہموار اور نرم حبل السری سے جلد تسلیخ نہیں ہوتی۔ یہ تسلیخات تاتلانہ تخنیق میں ہمیشہ موجود نہیں ہوتے لیکن جب موجود ہوں تو مذکورہ بالا امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ جب بوقت پیدائش حبل السری بچہ کی گردن کے گرد لپٹی ہوتی ہے تو بسا اوقات یہ ایک سے زیادہ حلقہ بناتی ہے جنھیں گردن کے نشانات ظاہر کرتے ہیں۔ عام طور پر اتفاقیہ تخنیق کے ان واقعات میں جو بچہ کی گردن کے گرد حبل السری کے لپٹنے سے ظہور پذیر ہوتے ہیں، پھیپھڑے جنینی حالت میں پائے جاتے ہیں یعنی یہ پانی میں رکھنے پر ڈوب جاتے ہیں۔ لیکن اس کلیہ کی چند مستثنیات ہیں۔ اختناق کہ جس سے ان اصابتوں میں موت واقع ہوتی ہے، بچہ کی گردن کی تخنیق کے علاوہ شُہری عروق میں دوران خون کے منقطع ہوجانے سے بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ جس وقت سر نکل چکتا ہے تو اس وقت ممکن ہے کہ بھنچاؤ تخنیق کے لئے ذرا کافی نہ ہو لیکن حبل السری پر دباؤ حبل السری کے اندر اس دوران خون کو منقطع کردالنے کے لئے کافی ہو کہ جس سے تنفس کا آغاز ہوتا ہے لیکن ذرا سے مزید دباؤ سے یہ تنفس بھی بند ہوجاتا ہے اور اگر ماہرانہ امداد حاصل نہ ہو تو بچہ اثناء پیدائش ہی میں مرجاتا ہے۔ امتحان پر گردن میں، گلا گھٹنے کی امارات نظر آتی ہیں اور پھیپھڑوں سے سانس لے چکنے کا ثبوت حاصل ہوتا ہے۔ ونٹر (Winter) نے اس پیچیدگی کی مثال دیتے ہوئے ایک واقعہ درج کیا ہے۔ ایک ۱۲ سالہ عورت کے وضع حمل میں کہ جس کا حوض طبعی تھا، کوئی دایہ موجود نہ تھی۔ بچہ کی گردن کے گرد حبل السری اس قدر کس کر لپٹی ہوئی تھی کہ اس کو علیحدہ کرنا مشکل تھا۔ سر تو خارج ہوگیا لیکن کاندھوں نے بچہ کو آگے بڑھنے سے روک دیا۔ پانچ منٹ کے بعد ایک طبیب آیا جس نے حبل السری پر گرہ دیکر اسکو کاٹ ڈالا۔ بچہ کو نہایت مشکل سے نکالا گیا۔ اس وقت وہ گہرے اختناق کی حالت میں تھا اور صرف طویل کوششوں ہی سے اس کا احیاء کیا گیا۔ گردن کے گرد تخنیق کا ایک مُتمیز نشان موجود تھا۔ آٹھ گھنٹے بعد بچہ مرگیا۔ امتحان لاش پر ام حنونہ (piamater) کے نیچے خون کا ایک تھکا پایا گیا جو دماغی تلافیف

Bericht. über d. Sitz. d. Ges. f. Geb. n. Gyn., 1885. ۱ے

کو چپٹا کئے ہوئے تھا۔ یہ خون جانبی بطینوں اور دماغی قاعدہ میں بھی پایا گیا۔ پلورا (pleura) اور گردقلبیہ (pericardium) پر کدمات تھے۔ اور حنجرہ کی غشاء مخاطی کے تلے خون کی دعا بدریاں تھیں۔ پھیپھڑے ہوا سے جزئی طور پر منتفخ تھے۔ اگر کوئی سرگزشت حاصل نہ ہوتی تو غالباً یہ فرض کر لیا جاتا کہ بچہ زندہ پیدا ہوا ہے، اور اس کے بعد اس کا گلا گھونٹ دیا گیا ہے۔

حبل السری کا اوسط طول قریب ۲۰ انچ کے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ طول ۱۶ انچ سے متجاوز نہ ہو۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ ۵۰ یا زیادہ انچ تک پہنچ جائے۔ اگر جنینی اور مشیمی حبل کے دونوں حصے برآمد ہوں تو ان کو ناپنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ان کا مجموعی طول اتنا نہ ہو کہ بچہ کی گردن کے گرد لپیٹا جا سکے۔ مزید براں حبل السری کی حد تنید کی (tension limit) کی آزمائش کرنی چاہئے۔ ممکن ہے کہ بچہ کا گلا گھونٹنے کے لئے جس قدر تناؤ ضروری ہے، یہ اتنا تناؤ نہ برداشت کر سکے۔ حبل السری کو مجرمانہ تخنیق کے واسطہ کی حیثیت سے بھی استعمال کیا گیا ہے۔ اور یہ بطور حجت بیان کیا جاتا ہے کہ حبل السری تو پیدائش پر بچہ کی گردن کے گرد لپٹی ہوئی تھی، ایسے واقعات میں حبل تنی ہوئی ہوگی اور غالباً وارٹن کے فالودے کے مقامی طور پر سرکنے کے آثار ظاہر کرے گی۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ گلا گھونٹنے کے فعل میں اسے انگلیوں پر مروڑا جاتا ہے کیوں کہ یہ حبل اس قدر ہموار اور چکنی ہوتی ہے کہ صرف ہاتھ میں پکڑنے سے ضروری گرفت حاصل نہیں ہوتی۔ غالباً پھیپھڑوں میں جزئی طور پر سانس لے چکنے کی امارات نظر آتی ہیں، اگرچہ حبل السری سے مجرمانہ تخنیق کے ایک واقعہ میں پھیپھڑے جنینی حالت میں پائے گئے تھے۔

بعض اوقات بیان کیا جاتا ہے کہ بچہ کی گردن کے گرد جو تخنیقی نشانات ہیں وہ اس رومال یا فیتہ سے پیدا ہوئے ہیں جس کے ذریعہ ماں نے وضع حمل کی امداد کی کوشش کی تھی۔ یہ ایک خلاف قیاس مفروضہ ہے۔ کم از کم اس طرح پر جو قوت استعمال کی جا سکتی ہے، وہ بہت ہی کم

ہوتی ہے۔ لہٰذا بیرونی نشانات کے محتاط معائنہ سے اور ان عمیق تر ساختوں کی تقطیع سے جو ان کے تلے واقع ہوتی ہیں۔ گمان غالب ہے کہ کسی نتیجہ پر پہنچ جائیں۔

حبل السّری کو باندھنے میں دانستہ تغافل برتنا نزف سے موت واقعہ کر دیتا ہے۔ بندش (ligature) کی عدم موجودگی سے یہ ثابت نہیں ہوتا کہ حبل السری بندھی ہوئی نہ تھی۔ ہو سکتا ہے کہ بندش علیحدہ کر دی گئی ہو یا حبل بندش کے مقام پر ہی الگ ہو گئی ہو۔ ان شیر خوار بچوں کی صورت میں کہ جن کی لاشوں کا معائنہ موت سے ایک یا دو ہفتہ تک نہیں کیا جاتا اس تنبیہ کی خاص طور پر ضرورت ہے کیونکہ بعد الموت لینت (softening) سے حبل کا بعدی سرا معہ بندش کے آسانی سے جدا ہو جاتا ہے۔ ڈیورجی[۱] (Devergie) نے ایک واقعہ درج کیا ہے، جس میں ایک بچہ حبل اور مشیمہ سمیت کسی دریا سے جس میں وہ دو ہفتہ سے پڑا ہوا تھا، نکالا جا رہا تھا۔ حبل اس قدر نرم تھی کہ وہیں ٹوٹ گئی اور مشیمہ دریا میں بہ گیا۔ ایک طبیب نے جو ان امور سے بے خبر تھا لاش کا امتحان کیا، اور یہ نتیجہ نکالا کہ حبل بوقت پیدائش ٹوٹی ہوگی، اور یہ کہ موت کا سبب نزف ہے۔ حبل کے آزاد سرے کا امتحان کرنا چاہئے کہ ان ساختوں کی جو اس کی ترکیب میں شامل ہوتی ہیں کیا حالت ہے۔ اگر حبل کسی تیز کاٹنے والے اوزار سے کاٹی گئی ہو تو اس کی عرضی تراش صاف اور ہموار ہوگی۔ اور اگر یہ توڑی گئی ہو تو تراش دندانے دار اور بے قاعدہ ہوگی، کیونکہ بعض ساختیں دوسری ساختوں کی بہ نسبت زیادہ لچکدار اور کم ملایم ہوتی ہیں۔ اگر یہ کٹاؤ کسی کند چاقو کے ذریعہ انجام دیا گیا ہو تو علیحدگی کا اسلوب دریافت کرنا غالباً دشوار ہوگا، اس صورت میں بہتر ہوگا کہ قطعی رائے دینے سے پرہیز کیا جائے۔

حبل کس طرح کاٹی گئی۔ ذیل کا قصہ جس کو کاچ[۲] (Koch) نے بیان

---

[۱] Annales d'Hygiene, 1878.

[۲] Arch. f. Gynacologie, 1886.

کیا ہے اس سوال کی اہمیت کو بخوبی واضح کرتا ہے۔ ایک خادمہ لڑکی کو جو ترقی یافتہ حمل کی حالت میں تھی، رفع حاجت کی خواہش ہوئی۔ وہ بیت الخلاء میں گئی اور دفعتہً اس کو وضع حمل ہو گیا۔ بچہ (کموڈ کے) سوراخ میں گر پڑا۔ اور لڑکی نے اس واقعہ کی یہ توجیہہ کی کہ اتفاقاً ایسا ہو گیا ہے۔ بعدہٗ مشیمہ بھی نکل آیا اور بچہ کو بیت الخلاء سے مخنوق حالت میں نکالا گیا۔ اس کی حبل تقریباً ۲۰ انچ طویل تھی اور متوسط موٹائی کی تھی اور لمبائی کے تقریباً وسطی حصہ سے جدا ہوئی تھی یعنی ناف سے ۱۰ انچ دور۔ حبل کے جنینی حصہ پر تین تضررات موجود تھے جن میں سے دو تو صرف النفسی غلاف میں تھے۔ شریانیں غیر متضرر تھیں لیکن تیسرا تضرر حبل کے نصف وار پار جاتا تھا۔ اور اس میں ایک شریان اور ایک ورید کٹی ہوئی تھی۔ یہ تضررات نسبتاً ہموار تھے بجز اس تضرر کے جو کہ النفسی غلاف کے وار پار تھا۔ کیونکہ یہ کھردرا سا تھا اور اس کے عروق بے قاعدگی سے کٹے ہوئے تھے اور باقی ساختوں سے جزئی طور پر آگے نکلے ہوئے تھے۔ دو ماہروں نے یہ فیصلہ دیا کہ حبل کسی تیز کاٹنے والے اوزار سے کاٹی گئی ہے۔ انھوں نے اپنی رائے کو متذکرہ صدر تضررات کی موجودگی پر اور نقطۂ علیحدگی کی خلاف معمول مقامیت پر مبنی کیا۔ کیونکہ اتفاقی انشقاق ناف کے قریب واقع ہوتا ہے یا مشیمہ کے قریب۔ مگر معائنہ سے یہ رائے بدل گئی۔ یعنی یہ کہ تضررات کاٹنے والے اوزار سے نہیں بلکہ گرتے ہوئے بچے کی ناگہانی کھینچ سے پیدا ہوئے تھے۔ ونکل (Winkle) نے بیان کیا ہے۔ کہ اس نے حبل کے ناگہانی تناؤ سے اس قسم کے تضررات کا پیدا ہونا دیکھا ہے۔ ماہر (expert) طبّی گواہ کو ہر وقت اس امر کی اہمیت مدنظر رکھنا چاہئیے کہ وہ کسی ایسی چیز کو جو بادی النظر میں تضرر کی بدیہی وجہ نظر آتی ہو۔ تسلیم کرنے سے قبل یہ غور کرے کہ کہیں اس کے علاوہ کوئی اور وجہ تو نہیں جو اس سے کم بدیہی ہو لیکن صحیح ہو۔ متذکرہ صدر واقعہ میں اگر پہلی رائے تسلیم کر لی جاتی تو لڑکی کو قتل کی مجرم قرار دیا جاتا اور دوسری رائے سے لڑکی کے بیان کی کسی حد تک توثیق ہو گئی۔ (معاملہ کے دراز

اتفاقی ہونے کا امکان ثابت ہو گیا۔ ونکل (Winkle) کے قول کے مطابق، ناگہانی وضع حمل سے حبل کا انشقاق، تین چوتھائی واقعات میں ناف سے ۲ انچ فاصلہ کے اندر اندر واقع ہوتا ہے اور ۱۲ فیصدی میں ناف کے قریب یا اس کے اندر واقع ہوتا ہے۔ اس سے بھی کمتر اوقات حبل کے وسط میں یا مشیمہ کے نزدیک واقع ہوتا ہے۔

جمجمہ کے کسر (fractures) بسا اوقات ان نوزائیدہ بچوں میں جن کے متعلق یہ شبہ ہوتا ہے کہ ان کی موت بچہ کشی کا نتیجہ ہے جمجمہ کے کسر لگے ہوئے پائے گئے ہیں۔ جب بچہ کو سر پر چوٹ لگا کر یا دیوار سے پٹک کر ہلاک کیا جاتا ہے تو تضررات جو لگتے ہیں بالعموم بہت شدید ہوتے ہیں۔ یہ طریقۂ ہلاکت ایسا ہے کہ موت کو قدرتی اسباب پر محمول کرنے کی سعی کی اجازت نہیں دیتا اور اتفاقی اسباب پر محمول کرنے کی بمشکل اجازت دیتا ہے۔ اس کا واحد مقصد یہ ہوتا ہے کہ بچہ کی زندگی جس قدر جلد ممکن ہو سلب کر لی جائے، اور عواقب سے بچنے کے لئے اخفاء لاش پر بھروسہ کیا جائے۔ اس کا نتیجہ ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ جمجمہ کی ہڈیاں لفظی معنوں میں چور چور کر دی جاتی ہیں۔ جب اس فعل کا ارتکاب ماں کرتی ہے تو اس وقت وہ بالعموم ماںیائی جوش کی حالت میں ہوتی ہے۔ اور اس امر کی جانب توجہ کرنے کے ناقابل ہوتی ہے کہ وہ کس قدر نقصان پہنچاتی ہے۔ جب بچہ مر جاتا ہے تو اس کو کسی تالاب یا موری میں پھینک دیا جاتا ہے، یا زمین میں دبا دیا جاتا ہے۔

بالعموم یہ صفائی پیش کی جاتی ہے کہ تضررات پیدائش پر عسیر یا ناگہانی وضع حمل کے سے پیدا ہو گئے تھے جیسا کہ پیشتر بھی بتایا جا چکا ہے، جمجمہ کی ہڈیوں کے کسر معمولی عسیر وضعِ حمل میں بھی پیدا ہو سکتے ہیں یعنی جب اوزار یا دستی مداخلت عمل میں نہ لائی جائے۔ مزید براں یہ بھی ممکن ہے کہ وہ ایسا منظر پیش کریں جو معتدل مجرمانہ تشدد سے پیدا شدہ منظر سے مشابہ ہو۔ اگر یہ تضررات وانستہ

ک Lehrbuch d. Geburtshülfe, 1889.

پہنچائے گئے ہوں تو ضرور ہے کہ بیرونی نرم حصص کو کم و بیش نقصان پہنچا ہو۔
چاندلی پر تسلخات، چاکوں اور مکمل ساختی انہدام استعمال کردہ موت کی
امارات ظاہر کرتا ہے۔ اگر جمجمہ کا تضرر معمولی غیر آلتی (noninstrumental)
وضع حمل کے دوران میں پیدا ہوا ہو تو یہ چیزیں دکھائی نہیں دیتیں۔ اگر یہ تضرر سر
کے کسی منقبض حوض میں سے بزور گذرنے کا نتیجہ ہو تو سر کی شکل سے اور ایک

133

خوب نمو یافتہ راسی سلعہ دمویہ (cephalhæmatoma) کے وجود سے اس امر
کا ثبوت حاصل ہو گا۔ چاندلی یا گرد جمجمہ کے نیچے یا جمجمہ کے اندر خون کی
موجودگی قدرتی تسبیب کے بالکل ہم آہنگ ہے۔ اگر مجرمانہ تشدد کام میں لایا
گیا ہو تو غالباً اثنائے ارتکاب میں درشتیٔ دستی کی وجہ سے سر کے علاوہ
جسم کے دوسرے حصص پر بھی خفیف تضررات دکھائی دیں گے مثلاً انگلیوں
کے نشانات، کوفتگیاں، کھرنچیں۔ برخلاف اس کے اگر عذر یہ ہو کہ
عورت کو ناگہانی وضع حمل استادہ حالت میں ہوا تھا تو حبل کے نقطہ علیحدگی
کی جانب توجہ مبذول کرنا چاہیئے۔ یہ علیحدگی بالعموم ناف کے قریب ہوتی ہے
لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ آیا حبل کاٹی ہوئی ہے یا ٹوٹ کر جدا ہوئی ہے اس
امر کی دریافت کے لئے حبل کے آزاد سرے کا عدسہ سے بغور معائنہ کرنا چاہیئے۔
جمجمہ کو جو تضررات لگتے ہیں وہ مجرمانہ طور پر پیدا کئے ہوئے تضررات کی بہ نسبت
بہت ہی خفیف ہوتے ہیں۔ بلاشک یہ صحیح ہے کہ ماں کو استادہ حالت میں
وضع حمل ہونے سے اور بچہ کے کسی سخت سطح پر گر پڑنے سے بچہ کا جمجمہ کسور
ہو سکتا ہے۔ لیکن بسا اوقات ان حالات کے ماتحت تعجلت آمیز وضع حمل
بچہ کو معتدبہ تضرر پہنچے بغیر بھی وقوع پذیر ہو چکا ہے۔ سنل[1] (Sell) نے ایک عورت
کا واقعہ درج کیا ہے جس کو استادہ حالت میں ہی ایک بچہ غیر متوقع طور
پر تولد ہوا۔ یہ بچہ سر کے بل ایک پتھریلے فرش پر گرا اور گرنے کے ساتھ ہی
اس کی حبل ٹوٹ گئی لیکن اس کو کوئی تضرر نہیں لگا۔ حتیٰ کہ ایک کوفتگی تک

---

[1] Brit. Med. Journ. 1891.

نہیں نظر آتی تھی۔ اگر جمجمہ پر وسیع تضررات ہوں تو یہ قتل کی علامت ہے۔ لیکن اس سے کم درجہ کا تشدد مجرمانہ اور اتفاقیہ، دونوں سببوں کے ساتھ ہم آہنگ ہے۔ لہٰذا تمام قابل دریافت علامات پر احتیاط سے غور کرنے کی ضرورت ہے۔ بسا اوقات ان کی صحیح تاویل کے لئے بڑی قوت ممیزہ کی ضرورت ہوتی ہے۔

ایک دیگر عذر یہ پیش کیا جاتا ہے کہ جمجمہ کے تضررات ماں نے وضع حمل کی تعجیل کی کوشش کرتے ہوئے اتفاقی طور پر لگا دئے تھے۔ جمجمہ کو اس طرح سے مکسور کرنا مشکل ہے، تاہم ناممکن نہیں۔ جمجمہ پر جو تضرر لگا ہے وہ کس درجہ کا ہے، اور باقی جسم پر تشدد کے نشانات کی عدم موجودگی وہ امور ہیں جن کی بنا پر رائے قائم کی جاتی ہے۔

بعض اوقات بچہ کی لاش کسی اُجاڑ قطعہ زمین پر جس کے گرد دیوار ہو، پڑی ہوئی ملتی ہے۔ اس وقت سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا یہ ممکن نہیں ہے کہ سر میں جو تضررات لگے ہیں وہ موت کے بعد لاش کو دیوار پر سے پھینکنے سے پیدا ہو گئے ہوں۔ اور یہی سوال اس وقت بھی پیدا ہوتا ہے جب لاش پتھروں یا کوئلوں کے انبار کے نیچے پڑی ہوئی یا کسی گند پائپ (soilpipe) یا بدرو (drain) میں پھنسی ہوئی ملے۔ اس سوال کا جواب دینے میں دقت یہ ہوتی ہے کہ موت کے بعد فوراً لگا ہوا تضرر اس تضرر سے جو دوران زندگی میں لگا ہو، ممیز طور پر مختلف نہیں ہوتا۔ زمانہ سابق میں یہ فرض کیا جاتا تھا کہ مکسور ہڈیوں کے کناروں کا خون آلود منظر اس امر کی دلیل ہے کہ تضررات دورانِ حیات میں لگے ہیں، درانحالیکہ اگر یہ تضررات موت سے فوراً بعد پیدا کئے گئے ہوں پھر بھی یہی منظر پایا جاتا ہے۔ البتہ اگر موت اور وقوع کسور کے درمیان کچھ ساعتیں گزر چکی ہوں تو یہ توقع رکھنی چاہیئے کہ یہ امارات موجود نہیں ہوں گی۔ لہٰذا اگر ہڈیوں کے کنارے خون آلود ہوں تو اس امر کے متعلق کوئی قطعی رائے قائم نہیں کی جا سکتی کہ کسور موت سے قبل پیدا کئے گئے ہیں یا اس کے فوراً بعد پیدا کئے گئے ہیں۔ اگر کناروں پر بالکل داغ نہ ہوں اور جمجمہ کے اندر یا باہر کچھ انصباب خون نہ ہو تو اس سے یہ نتیجہ نکالنا چاہیئے کہ تضررات موت کے بعد پیدا

کیئے گئے ہیں ۔
یہ بھی ہو سکتا ہے کہ بچہ کی گردن پر تشدد کرنے سے عنقی فقرات کا ضلع جزوی (subluxation) یا کسر پیدا ہو گیا ہو ۔ اور وہ موت کا موجب ہوا ہو ۔
ایسے بچوں کی لاشوں پر جو مردہ پائے جاتے ہیں بسا اوقات کاٹنے والے یا نوکدار اوزاروں سے پیدا شدہ زخم ملتے ہیں جو وسعت میں باریک کوچوں (punctures) سے لیکر ایسے وسیع زخموں تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں جو سر بریدگی یا مکمل اعضا بریدگی کا نتیجہ ہوں موت کے بعد یا فوخوں (fontanelles) اور مجحری صحفہ کے وار پار یا فقرات کے درمیان جانے والے اور پسلیوں کے درمیان سے قلب میں جانے والے کوچے دریافت ہوئے ہیں جب کوئی ظاہری تضرر دریافت نہ ہو سکے تو موت واقع ہونے کے مذکورہ بالا بدیہی طریقوں کو ذہن نشین رکھنا چاہیئے ۔ جو زیادہ مہیب تضررات ہوتے ہیں وہ تو پہلی ہی نگاہ میں دریافت ہو جاتے ہیں اور ان سے بحث کرتے وقت یہ دقت پیش آتی ہے کہ یہ عام عذر پیش کیا جاتا ہے کہ تضررات لاش کو باسانی ٹھکانے لگانے کے مقصد سے موت کے بعد لگائے گئے ہیں ۔
ان امارات کا ذکر کہ جن سے اس امر کی تشخیص کی جاتی ہے کہ زخم موت سے قبل لگائے گئے ہیں یا بعد، کسی اور مقام پر کیا گیا ہے ۔ زیادہ چھوٹے زخموں کے بارے میں یہ سوال پیدا ہو سکتا ہے کہ آیا یہ موت واقع کرنے کیلئے کافی تھے ۔ حیوی عضو کے تضرر کے بعد دوسرے درجہ پر اگر موت کے کسی سبب کا خیال رکھنا چاہیئے تو وہ نزف ہے ۔ لاشں اور اندرونی اعضا کی عموماً طور پر عدیم الدم حالت نزف کی طرف اشارہ کرتی ہے ۔ زخموں سے خون ضائع ہو جانے کی وجہ سے موت واقع ہو جانے کا گمان ہے یا نہیں اس امر کے متعلق رائے قائم کرنے سے پیشتر حبل السری کی حالت کا معائنہ کرنا چاہیئے کہ آیا اسں کو باندھا گیا ہے یا نہیں ۔ اگر یہ کہا جائے کہ بچہ مردہ مولود تھا اور اسں کی لاش کو زیادہ آسانی سے چھپانے کی

134

خاطر اس کے اعضا کاٹ دیے گئے تھے تو پھر تنفس کی امارات کی جہاں تک کہ وہ دستیاب ہو سکیں، موجودگی یا عدم موجودگی تحقیق کرنا چاہیئے۔

باربر[1] (Barbour) نے ولادت کے دوران میں تجدیع کی ایک مثال دی ہے۔ ایک غیر شادی شدہ عورت کو جب کہ وہ ریل کی گاڑی میں اکیلے سفر کر رہی تھی دفعتہً درد زہ ہوا اور اس کو مہبل سے کوئی چیز ابھری ہوئی محسوس ہوئی۔ اس نے کچھ زور کے ساتھ اپنا وضع حمل کرنے کی کوشش کی اور ایسا کرنے میں اس نے قطر یقی (pressenting) خارجہ یعنی بازو کو توڑ ڈالا۔ اور پھر ایک تکلیف اور جنون کے لمحہ میں اس نے ایک جیبی چاقو کے ذریعہ بازو کو جدا کر کے دریچہ سے باہر پھینک دیا۔ گھر پہنچنے پر اس کو بذریعہ گردش (version) ایک خوب تغذیہ یافتہ مولود سالت مرد بچہ جنوایا گیا۔ جس کا دایاں بازو کہنی کے دو انچ اوپر سے غائب تھا۔ بازو کے بتر کے بعد مہبل سے خون کی ایک معتد بہ مقدار خارج ہوئی تھی۔ اور بچہ کی لاش بھی پیلی تھی۔ لہذا بلاشبہ موت کا سبب نزف تھا۔

اغراق (drowning) ۱۹۱۹ء میں انگلینڈ اور ویلز میں ایک سال سے کم عمر کے ۱۷ بچوں کی ہلاکت کا سبب اغراق تھا۔ جب لاش پانی میں پڑی ہوئی ملے تو یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اکثر اوقات مردہ بچوں کی لاشوں سے چھٹکارا حاصل کرنے کی خاطر ان کو تالابوں اور نہروں اور دریاؤں میں پھینک دیا جاتا ہے۔ اگر بچہ کی لاش خوب تغذیہ یافتہ ہو تو اس میں چونکہ چربی کی ایک بہت بڑی مقدار ہوتی ہے۔ لہذا وہ آسانی سے نہیں ڈوبتی۔ اگر پانی میں ایسا بچہ پایا جائے جس کی جبل محنط شدہ (mummified) ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ بچہ مردہ یا زندہ کسی حالت میں ہوا میں اتنی مدت رہ چکا ہے کہ اس میں تحنیط (mummification) واقع ہو سکتی تھی۔ اگر جبل ایک مرتبہ محنط ہو جائے پھر وہ پانی میں رکھنے سے واپس اپنی اصلی حالت پر نہیں آتی۔ برخلاف اس کے اگر بچہ کو زندہ یا مردہ کسی حالت میں اس وقت غرق کیا جائے جب کہ اس کی جبل ابھی تازہ

---

[1] Lancet, 1898.

اور فربہ ہی ہو تو تحنیط نہ ہوگی۔ بچہ میں اغراق سے واقع شدہ موت کی امارات
ان امارات سے مختلف نہیں ہوتیں جو کہ بالغ میں پائی جاتی ہیں اور ان کو کسی دیگر
مقام پر بیان کیا گیا ہے۔ اگر جرم میں تخفیف کرنے اور اسکو اخفائے ولادت بنانے
کے مقصد سے مردہ ولادت کی حجت پیش کی جائے۔ تو پھیپھڑوں کے امتحان
سے اس سوال کا تصفیہ ہو جاتا ہے، بشرطیکہ گندیدگی کا وجود حارج
نہ ہو۔ اگر لاش کسی نائٹ کموڈ (night commode) یا بیت الخلا میں پائی جائے
اور معجّل وضع حمل کو بطور ایک توجیہہ کے پیش کیا جائے، تو یہ دریافت
کرنے کے مقصد سے لاش کا باحتیاط معائنہ کرنا چاہیئے کہ آیا حبل توڑ کر جدا کی گئی
ہے یا کسی کاٹنے والے آوزار سے کاٹی گئی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ ممکن ہے
کہ بچہ گرنے کے فعل کے دوران میں اس قدر قوی شہیق (inspiration) کرے
کہ جو پھیپھڑوں کو منتفخ کرنے کے لئے کافی ہو۔ لیکن اس موضوع پر بیشتر جو کچھ
بیان کیا گیا ہے، اس سے استنباط کیا جا سکتا ہے کہ ان حالات کے ماتحت
مکمل تنفس کا وقوع ناممکن ہے۔ البتہ اس سے انکار نہیں ہو سکتا کہ جزئی انتفاخ
ضرور وقوع پذیر ہو سکتا ہے۔ اگر ہوائی گزرگاہوں یا معدے میں کوئی سیال یا
دیگر مادہ پایا جائے تو اس کا اس واسطہ سے جس میں بچے کا پایا جانا بیان کیا گیا ہو مقابلہ کرنا چاہیئے۔
شاید پھیپھڑے کی تراش پر ایک سطحی نگاہ ڈالنے سے یہ گمان پیدا ہو کہ سیال
موجود نہیں ہے۔ کیونکہ زیادہ بڑی شعبتوں میں سیال ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ نیز ان نوزائیدہ
بچوں کے پھیپھڑوں میں جن کو سانس لینے سے قبل ہی کسی سیال میں ڈبو دیا جاتا
ہے، کف دار مخاط موجود نہیں ہوتا۔ ان حالات کے تحت بچہ تنفس کی کوشش کرتا ہے
اور کچھ سیال بذریعہ شہیق کھینچ لیتا ہے۔ لیکن چونکہ پھیپھڑوں میں پہلے سے ہوا
موجود نہیں ہوتی اور نہ یہ سیال ہی کے ساتھ داخل ہوتی ہے لہٰذا شعبتوں میں
وہ کف نہیں پایا جاتا جو سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں میں اغراق کے بعد پایا جاتا
ہے۔ ڈیٹرچ[1] (Dittrich) ایک حاملہ عورت کا واقعہ درج کرتا ہے جسے دفعتہً

[1] Prager Med. Wochenschr., 1890.

رفع حاجت کی ضرورت ہوئی اور وہ ایک ایسی بالٹی (tub) کے اوپر بیٹھ گئی جس میں خراب پانی۔ دَرد قہوہ اور مٹی وغیرہ تھی۔ اس کو فوراً ایک کامل المیعاد یا قریب المیعاد بچہ تولد ہوا اور اس نے حبل کو باندھے بغیر اسے توڑ ڈالا۔ بچہ کی لاش کو چیرنے پر اس کے پھیپھڑے جنینی حالت میں پائے گئے۔ البتہ ان میں خون بہت تھا اور وہ سالم اور تقسیم شدہ دونوں حالتوں میں ڈوب جاتے تھے۔ قصبۃ الریہ اور زیادہ بڑی شعبتوں میں کوئی جسم غریب دکھائی نہیں دیتا تھا لیکن بغور امتحان کرنے پر چھوٹی شعبتوں کے درونہ میں ایک آمیزہ بھرا ہوا پایا گیا جو کہ اس واسطہ سے متناظر تھا، جس میں بچہ پایا گیا تھا۔ خردبینی امتحان پر دقیق ترین شعبتیں بھی اس سے مسدود پائی گئیں، اور معدہ اور امعا پانی میں رکھنے پر ڈوب جاتے تھے۔

اس امر کو نظر انداز نہیں کرنا چاہیئے کہ غرقابی سے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں، ان سے مشابہ تغیرات کا ایک امکانی سبب درون رحمی تعطین بھی ہے۔

بعض اوقات احراق کے ذریعہ نوزائیدہ بچہ کے اتلاف کی کوشش کی جاتی ہے۔ ان مثالوں میں یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ کیا بچہ مولود مردہ تھا۔ اگر نہیں تھا تو کیا یہ آگ کا عمل ہوتے وقت زندہ تھا، یا مردہ۔ پہلے سوال کا جواب تو ان امارات کے مطابق دیا جانا چاہیئے جو پہلے مذکور ہو چکی ہیں۔ اور دوسرے سوال کا جواب ان امارات کے مطابق دینا چاہیئے جو احراق سے واقع شدہ موت کے باب میں بیان کی گئی ہیں۔

ترقی یافتہ درجہ کا احراق دونوں سوالات کا جواب ناممکن بنا دے سکتا ہے۔ اس وقت یہ سوال اٹھتا ہے کہ کیا یہ باقیات انسانی جنین کی باقیات ہیں یا نہیں ممکن ہے کسی ہڈی سے مطلوبہ شہادت حاصل ہو جیسا کہ ذیل کے واقعہ میں ہوئی تھی ایک مطبخ کی آگ پر ایک بے ڈول اور جھلسی ہوئی پوٹ پائی گئی جب اس کو نکالا گیا تو اس کا طول ۹ ½ انچ اور سب سے بڑا قطر ۶ انچ اور وزن ۴ اونس تھا امتحان پر پسلیوں کے ٹکڑوں کی ستون کے (جو کہ بہت ہی مروڑ کھائے ہوئے تھا) اور جمجمہ کے قاعدہ کے آثار پائے گئے۔ لیکن ادنیٰ حیوان کے باقیات سے تمیز

کرنے کے لئے کوئی چیز نہ تھی، تا آنکہ کاربن کا ایک اُبھرا ہوا ٹکڑا اٹھانے پر ایک سالم کتف (scapula) دریافت ہوا جس سے ثابت ہو گیا کہ باقیات انسانی تھے کیوں کہ اس ہڈی کا متاخر شوکی قطعۂ مقدمی قطعے سے بہت طویل تر تھا حالانکہ ادنیٰ حیوانات میں بہت ہی خفیف فرق ہوتا ہے یا بالکل ہی معدوم ہوتا ہے۔ جس خادمہ لڑکی پر شبہ ہوا تھا کہ اس نے حال میں بچہ جنا ہے اس نے اقرار کرلیا کہ یہ باقیات ایک قریب چھ ماہ کے جنین کے ہیں۔

سردی میں کھلا پڑا رہنا اور غذا سے محرومیت اگر کافی اطالت پذیر ہو جائے تو یقیناً موت کا موجب ہو گی۔ بچہ کشی کا دانستہ اقدام اس انداز پر شاذ و نادر ہی کیا جاتا ہے۔ بچہ کو ہوا میں اس طرح کھلا رکھنے سے کہ جس سے اس کی زندگی مخدوش ہو جاتی ہے، یہ مقصد ہوتا ہے کہ قتل کا فاعلانہ ازتکاب کئے بغیر بچہ سے چھٹکارا حاصل کیا جائے۔ بالعموم یہ صفائی پیش کی جاتی ہے کہ بچہ غیر متوقع طور پر پیدا ہوا تھا (ولادت معجلہ)۔ اور نیز یہ کہ وہ مولود مردہ تھا۔ اور اگر بچہ زندہ ہو تو یہ صفائی پیش کی جاتی ہے کہ اس کو (مثلاً مکان کے اندرد۔ وازے کے سامنے) اس طریق سے رکھا گیا تھا کہ اس کی طرف توجہ کھنچے اور کوئی اس کو حفاظت میں لے لے۔ چنانچہ ایک نوزائیدہ بچہ کو دودھ پلانے کی بوتل (feeding-bottle) سمیت ایک ٹوکرے میں رکھکر ریل گاڑی (train) میں مفروضہ باپ کے پاس ارسال کر دیا گیا۔

زہر خورانی (poisoning)۔ نوزائیدہ بچہ میں بچہ کشی کے لئے زہرخورانی کو بہت شاذ و نادر عمل میں لایا جاتا ہے۔ اگر اس کا شک ہو تو ہضمی اعضاء اور ان کے مشمولات کا تجزیہ کرنا ضروری ہے۔

۵۔ بچہ کو مرے ہوئے کتنا عرصہ ہوا ہے

136

اس کا اندازہ اس امر سے لگانا چاہئے کہ بعد الموت مظاہر کس درجہ تک

پہنچ چکے ہیں بہ نسبت ایک بالغ کی لاش کے بچہ کی لاش میں حرارت حیوانی اور جیفی کرختگی جلد تر زائل ہو جانے اور گندیدگی جلد تر نمودار ہونے کے جانب میلان پایا جاتا ہے۔ اور اگر مظاہر گندیدگی کے درجہ تک پہنچ جائیں تو اس امر کے متعلق کہ بچہ کب کام ہوا ہے کوئی قطعی رائے جائز نہیں ہو سکتی۔

مشتبہ واقعاتِ بچہ کُشی میں

بعد الموت امتحانات

ایسے بچہ کی لاش کا امتحان بعد الموت کرنے میں جس کے قتل کئے جانے کا اشتباہ ہو، نہایت غور سے بیرونی مناظر کی تفتیش کرنا چاہئیے۔ سب سے پہلے حرارت جسمانی، جیفی کرختگی اور اماراتِ گندیدگی کا وجود ملاحظہ کرنا چاہئیے۔ اگر لاش بغیر کسی سرگذشت (history) کے دستیاب ہوئی ہو، تو ایسے نشانات یا علامات کی ایک ابتدائی تفتیش کرنا چاہئیے، جو شناخت میں ممد ہوں۔ اور پارچات، بکسس یا کاغذ یا دیگر پوشش، جس کے اندر جسم لپٹا ہوا ملے، ان کی ایک یادداشت تیار کرنی چاہئیے۔ دمام جلبنی (vernix caseosa) کی تلاش کرنی چاہئیے۔ اس کی موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ ولادت کے وقت معمولی توجہ صرف نہیں کی گئی۔ حبل کا احتیاط سے معائنہ کرنا چاہئیے کہ یہ کس اسلوب سے جدا ہوئی ہے اور اس حصہ کو جو شکم بچہ سے چسپاں ہے ماپنا چاہئیے۔ بدن کی ساری سطح کا کھرنڈ نیچوں، کوفتگیوں (bruises) اور دیگر ادنیٰ تضررات کے لئے معائنہ کرنا چاہئیے۔ اگر یہ پائے جائیں تو ان کی اغلب تسبیب کی جانب توجہ مبذول کرنا چاہئیے یعنی یہ موت سے قبل یا بعد اتفاقی اسباب کا نتیجہ ہیں یا مجرمانہ تشدد کا۔ منہ کو ہاتھ لگانے سے پیشتر زبان اور ہونٹوں کی وضع ملاحظہ کرنا

چاہیئے۔ کہ آیا زبان باہر نکلی ہوئی یا ہونٹ دبے ہوئے یا بیرون گردیدہ تو نہیں ہیں۔ منہ اور نتھنوں پر کسی دیگر دباؤ کی علامات مثلاً جو خالی ہاتھ یا کوئی کپڑا لگانے سے پیدا ہو جاتی ہیں اور چہرے پر نقطہ نما کدمات (ecchymoses) اور چہرے کا عمومی رنگ کہ آیا یہ پیلا ہے یا کبود ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ اجسام غریبہ کی موجودگی کے لئے جسم کے فطرتی روزنوں کا معائنہ کرنا چاہیئے۔ گردن پر یا گردن کے گرداگرد کوئی نشان ہو تو اس کی غور سے تفتیش کرنا چاہیئے۔ اور بعد میں زیر افتادہ ساختوں کا امتحان بذریعہ تقطیع کرنا چاہیئے۔ اگر جسم سارے کا سارا شاحب ہو تو یہ دیکھنا چاہیئے کہ حبل نہ بندھے ہونے کے علاوہ نزف کا کوئی خارجی سبب تو نہیں ہے۔ بچہ کا طول اس کا وزن اور حالت تغذیہ ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ لیکن یہ امر مدنظر رکھنا چاہیئے کہ نوزائیدہ بچہ کی لاش جلدی تبخیر کی وجہ سے بہت جلد اپنا وزن کھو دینے کا میلان رکھتی ہے خاص کر اس وقت جبکہ اسے بغیر کسی پوشش کے کھلا پڑا رہنے دیا گیا ہو یا یہ صرف کاغذ میں ملفوف ہو یا کسی بکس میں پڑی ہوئی ہو۔

اندرونی امتحان اس طرح شروع کیا جاتا ہے کہ ید القص manu-brium) کے بالائی حصہ سے لیکر عانہ (pubis) تک جلد میں معمولی شگاف دیا جاتا ہے۔ اور شکمی کہفہ کو کھولنے کے بعد اس میں دائیں ہاتھ کی انگشت شہادت داخل کی جاتی ہے۔ اور اس انگشت کی نوک کو ڈایافرام (diaphragm) کی قوس کے بلند ترین حصہ پر رکھدیا جاتا ہے۔ بائیں ہاتھ کی انگشت شہادت سے بین ضلعی فضاؤں کو اوپر سے لیکر نیچے کی جانب شمار کیا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ دونوں انگلیوں کا محل وقوع باہم متناظر ہو جائے۔ اس سے ڈایافرام (diaphragm) کی بلندی دریافت ہو جاتی ہے۔ پھر سینہ کو کھولدیا جاتا ہے۔ اور قلب کی حالت کو علی محلہٖ تحقیق کیا جاتا ہے۔ یہ امر سہولت دہ ہے کہ ابتدائی شگاف کو اوپر بڑھا کر گردن کی جلد اور زیریں جبڑے میں لیجایا جائے۔ اور منہ کے اندر ایک تیز نوکدار قینچی کا ایک پھل جو فیبری زائدہ کے عین پیچھے سے اور خط وسطانی میں اور اوپر سے نیچے کی جانب گذار کے ارتفاق (symphysis) کو کاٹ دیا جائے۔ نرم ساختوں کو جدا کیا جاتا ہے جبڑے کے نصفین کو پیچھے اور باہر کی جانب موڑا جاتا ہے تاکہ کسی

جسم غریبہ کو جو موجود ہو چھیڑے بغیر منہ اور بلعوم کا مکمل منظر نظر کے سامنے آجائے۔
زبان کو آگے یا ایک جانب جیسے بھی مناسب ترین ہو کھینچ لیں۔ پھیپھڑوں، معدہ، 137
اور امعاء کا حجم اور عمومی منظر ملاحظہ کرنے کے بعد ان کی کثافت نوعی کا امتحان
کرنے کے لئے ان کو جدا کرلیا جاتا ہے۔ جاندی کو چیرنے سے قبل یہ دیکھنا چاہیئے کہ اسمیں
کسی کوچے کا شائبہ تو نہیں ہے۔ اور اس کو معکوس کرنے کے بعد ہی مقصد سے
یا فوخوں کا بھی معائنہ کرنا چاہیئے۔ عنقی نخاع (cervical cord) کے کوچے یا دیگر
تضرر کا امکان ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔ امعاء میں عقی (meconium) یا غذائی یا دودھ
کی موجودگی ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ بچہ کے درجۂ نمو کا اندازہ لگانا چاہیئے جس کے
لئے ان علامات کی جانب رجوع کرنے کی ضرورت ہے جو اس موضوع کے فصل
میں بیان کی گئی ہیں۔ فخذیہ (femur) کے تحتانی بربالہ میں مرکز تعظم کی موجودگی اور
جسامت اس طرح تحقیق کی جاتی ہے کہ ہڈی کے زیرین سرے سے پتلی پتلی
تراشیں چھیلی جاتی ہیں تا آنکہ مرکز کا قطر اعظم آجاتا ہے۔ زہر خورانی کا امکان بھی
نظر انداز نہیں کرنا چاہیئے۔ اس مقصد کی ناطر ان اعضا کو جو کیمیاوی تجزیہ کے لئے
ضروری ہوں علیحدہ کرلینا چاہیئے بشرطیکہ اس کی ضرورت سمجھی جائے۔

اخفاء پیدائش۔ اگر کوئی عورت بچہ جنے تو ہر وہ شخص جو بچہ مذکور کی لاش
کو خواہ وہ بچہ پیدائش سے قبل یا اس کے دوران میں یا اس کے بعد مرا ہو، خفیہ ٹھکانے
لگائے گا اور اس کی پیدائش کو چھپانے کی سعی کریگا، جرم خفیفہ کا قصور وار ہوگا (24 and 25
-Vict. c. 100, section 60)

بچہ کشی کے الزامات میں اکثر میں جیوری (jury) جرم کو گھٹا کر اخفاء
پیدائش کا جرم بنادیتی ہے کیونکہ ایسے زندہ بچہ کا اخفا جو دریافت ہونے تک نہ مرا ہو،
جرم خفیفہ نہیں قرار دیا جاتا تھا۔ اخفاء پیدائش کے واقعات میں زندہ پیدائش کا
سوال نہیں پیدا ہوتا لہذا طبی شہادت کو ذیل کے امور تک محدود رکھا جاتا ہے؛
کیا یہ باقیات کسی قابل حیات (viable) بچہ کے ہیں۔ کیا ملزمہ نے حال ہی میں

بچہ جنا ہے۔ آیا کسی ایسے جنین کا خفیہ ٹھکانے لگانا جو قابلیت حیات کے متناسب درجۂ نمو تک نہ پہنچا ہو، اخفاء پیدائش قرار دینا چاہیئے یا نہیں، اس کے متعلق کچھ شک ہے۔

سٹیفن (Stephen) (قانون فوجداری انگلستان ۱۸۹۴ء) کہتا ہے کہ بچہ جننے کے جملہ میں ایسے جنین کا جننا شامل نہیں ہے جو اس مدت تک کہ جس میں اس کے زندہ پیدا ہونے کا امکان ہو، ہنوز پہنچا ہی نہ ہو۔ ارل۔ جے (Erle J.) نے ایک اخفاء پیدائش کے استغاثہ میں جیوری کو یہ ہدایت دی تھی کہ یہ امر ثابت ہونا ضروری ہے کہ بچہ رحم مادری میں اتنی مدت گزار چکا تھا۔ کہ اگر وہ معمولی حالات کے تحت پیدا ہوا ہوتا تو اس کو زندگی کا خاصہ موقعہ حاصل ہوتا (R. v. Berriman, 1854, 6 Cox, p. 388) - سمتھ۔ جے (Smith J.) (R. v. Hewitt, 1866, 4 F. and F. p. 1101) نے اس امر کو ایک جیوری کے فیصلہ پر چھوڑ دیا کہ آیا مولود اس قدر ریختہ ہو گیا تھا کہ بچہ بن گیا ہو یا یہ محض کوئی مضغہ یا کسی قبل از وقت اسقاط حمل کا غیر متشکل موضوع ہی تھا۔ چیسٹر سمر اسائز ۱۸۸۵ء (Chester Summer Assize)(R. v. Watts) میں لارنس جے (Lawrence J.) نے سٹیفن کی محولہ فوق رائے کے موافق فیصلہ دیا ہے برخلاف اس کے مارٹن۔ بی (Martin B.) (R. v. Colmer. 1864, 9 Cox, p. 506) نے یہ کہا کہ مجھے دستوری آئین (statute) میں کوئی ایسی چیز نظر نہیں آتی کہ لفظ "بچہ" کو ایسے بچہ تک محدود رکھا جائے جس کے زندہ رہنے کا امکان یا مرنے کا اندیشہ ہو۔ بلکہ یہ ہے کہ جب جنین کا ظاہری منظر بچہ کا سا ہو جائے تو ہمارے مطلب کے لئے کافی ہے۔

سکاٹلینڈ کے (Scotch) قانون کے مطابق اخفاء حمل بھی جرم قرار دیا جاتا ہے۔ اسکے لئے یہ کوئی شرط نہیں ہے کہ بچہ کی لاش دریافت ہو یا بچہ کشی کا ثبوت موجود ہو۔ قانون صرف یہ شرط قرار دیتا ہے کہ عورت کا ایسی مدت تک حاملہ ہونا ثابت کر دیا جائے کہ ایک زندہ بچہ کی پیدائش ممکن ہو۔ اگر عورت دورانِ حمل میں یہ حقیقت کسی دیگر شخص کو، خواہ بعد پیدائش بچہ کو چھپانے

کا اہتمام کرنے کے مقصد سے ہی کیوں نہ ہو بتا دے اور اس مطلب کی شہادت پیش کر دی جائے تو یہ قانون کی زد میں نہیں آتا کیونکہ اس صورت میں حمل "مخفی" نہیں رہا۔

138

باب ۱۶

ولادت کا تعلق قانون دیوانی سے

زندہ ولادت، بشرطیکہ اس کا قانونی مفہوم لیا جائے دیوانی اور فوجداری دونوں طرح کے مقدمات میں ایک ہی قسم کے حالات کی بنا پر متعین کی جاتی ہے۔ فوجداری مقدمات میں جو طبی شہادت دی جاتی ہے، دیوانی مقدمات کی شہادت اس سے مختلف ہوتی ہے، کیونکہ اکثر فوجداری واقعات میں عورت جو بچہ جنتی ہے تو یہ خفیہ طور پر ہوتا ہے۔ لہٰذا اس امر کا کہ بچہ کامل طور پر پیدا ہوا تھا اور امارات زندگی نمو یافتہ تھیں، کوئی گواہ نہیں ملتا۔ اور ماہرانہ شہادت پر بھروسہ کرنا پڑتا ہے جو کہ تمام تر نوزائیدہ بچہ کی لاش میں نظر آنیوالی علامات پر مبنی ہوتی ہے۔ اور حقیقت تو یہ ہے کہ تاوقتیکہ تنفس ہونے کی صریح شہادت حاصل نہ ہو، بچہ کشی کے الزام پر کبھی اصرار نہیں کیا جاتا لیکن دیوانی مقدمات میں گواہ دستیاب ہو سکتے ہیں۔ مثلاً قابلت کار اور نرس جو بچہ کی پیدائش کے موقعہ پر موجود ہوتے ہیں، ایسے بچہ کی قانونی پیدائش کی کہ جس میں حیویت کی علامات ظاہر ہوں تصدیق کر سکتے ہیں۔ لہٰذا دیوانی مقدمات میں زندہ پیدائش کے ایسے ثبوت مل سکتے ہیں جو فوجداری مقدمات میں خاص حالات کی وجہ سے مفقود ہوتے ہیں۔ وقوعِ تنفس جس کو بچہ کشی کے مقدمات

میں اس قدر اہمیت دی جاتی ہے، زندگی کی علامات میں سے صرف ایک ہے۔ وقوعِ تنفس کی اہمیت اس امر پر مبنی ہے کہ موت کے بعد اس کے وقوع کی کم و بیش مستقل اور قابل اعتماد علامات رہ جاتی ہیں۔ اس زندگی کی جو اپنی ہستی ظاہر کرنے کے بعد تقریباً فی الفور منقطع ہو جاتی ہے، باستثناء معدی معائی کاشفہ کے تمام علامات نابود ہو جاتی ہیں اور ان کا کوئی شائبہ باقی نہیں رہتا۔

زندہ حیات کی کوئی آئینی تعریف نہیں ہے اور اس وجہ سے اس موضوع پر جو قانون ہے وہ فیصلہ جات سے ماخوذ ہے۔ انگلستان میں زندگی کی ایک عارضی ترین امارت کو بھی زندہ پیدائش کا ثبوت قرار دیا جاتا ہے۔ بشرطیکہ اس کو بچہ کے ماں کے بدن سے کلۃً باہر ہو جانے کے بعد مشاہدہ کیا جائے۔ اگر اس شرط کو مدنظر رکھا جائے تو خفیف ترین عضلی حرکت جو ہونٹوں یا جارح کے محض لحظی جھٹکے سے زیادہ نہ ہو، یا قلب کی چند ضربات خواہ یہ قلبی خطہ میں سماع الصدر (stethoscope) کے ذریعہ سنائی دیں یا محسوس کی جائیں یا حبل میں نبضانات سے محسوس ہوں یا اس سے بھی زیادہ بیّن شہادت جو کہ خواہ بچہ چلائے یا نہ چلائے تنفس سے حاصل ہوتی ہے، ان میں سے ہر ایک چیز اپنی جگہ پر زندہ پیدائش کا ثبوت ہے۔ ان میں سے کسی امارت کی مدت کیا ہے یہ امر غیر اہم ہے اور اس طرح ظاہر شدہ حیات کا ایک ہی لمحہ زندہ پیدائش کے ثبوت کے لئے اتنا ہی کارآمد ہے جتنا کہ بچہ کا متواتر کئی دن یا کئی ماہ تک زندہ رہنا۔ سکاٹلینڈ کے قانون کے مطابق، زندہ پیدائش ثابت کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ اخراج کے بعد تنفس کا آغاز ثابت کیا جائے۔

دیوانی قانون میں زندہ پیدائش پر وراثتِ جائداد کے سلسلہ میں بحث کی جاتی ہے۔ ان مقدمات میں اس امر پر بہت کچھ منحصر ہوتا ہے کہ آیا بچہ میں پیدائش کے بعد امارات زندگی ظاہر ہوئی تھیں یا نہیں اور اگر زندہ ولادت ہوئی ہے تو اس کا کیا ثبوت ہے کہ وہ عین کس وقت پیدا ہوا تھا۔ اگر سر تولد ہو جائے لیکن جسم کا اخراج ایک وقفہ گذ...نے کے بعد ہو اور اس اثناء میں بچہ سانس لیتا ہوا اور چلاتا ہوا نظر آئے، تو اس کو پیدائش کا لمحہ قرار نہیں دیا جاتا۔

یہ تاخیر چند منٹ تک واقع ہوسکتی ہے۔ چونکہ قانون، دن کی کسر کو شمار نہیں کرتا۔ لہذا اگر اس تاخیر کا کچھ حصہ نیم شب سے قبل واقع ہو اور کچھ حصہ بعد، تو پیدائش کے صحیح وقت کے اندراج میں غلطی ہوجانے سے ۲۴ گھنٹہ کا ہیر پھیر پڑ جاتا ہے، بلکہ اگر پیدائش اور اس کے بعد تک بچہ کا سانس جاری رہے تو ممکن ہے کہ جائداد کا وارث ہی اور کا اور ہو جائے۔ لیکن ہوسکتا ہے کہ یہ بچہ اثنائے تاخیر میں جسم کے اخراج سے قبل ہی مرجائے، اس صورت میں اس کو مولود مردہ قرار دیا جائیگا کیوں کہ مکمل اخراج سے قبل جو امارات حیات ہوتی ہیں ان کو قانون ہرگز تسلیم نہیں کرتا۔

زندہ پیدائش کے سوال پر "استجار بعنایت" (tenancy by courtesy) کے سلسلہ میں غور کرنا پڑتا ہے۔ اگر کوئی مرد کسی ایسی عورت سے شادی کرلیتا ہے جو کسی قابل وراثت جائداد کی مالک ہے اور اس عورت سے اولاد تولد ہوتی ہے جو زندہ ہوتی ہے اور جائداد کا وارث ہونے کی قابلیت رکھتی ہے، تو اس صورت میں وہ اپنی زوجہ کی موت کے بعد بعنایت انگلستان ایک مستجار کی حیثیت سے اس کی زمین پر تاحیات قابض رہتا ہے"۔

ظاہر ہے کہ دو تین شرایط ہیں کہ جن کا پورا ہونا ضروری ہے۔ (ا) یہ کہ اولاد زندہ تولد ہوئی ہو (ب) اور یہ کہ وہ وارث بننے کی قابلیت رکھتی ہو۔ (ج) ایک تیسری شرط جو کہ مولہ صدر بیان پر نظر ڈالنے پر ایسی عیاں نہیں، یہ ہے کہ بچہ جننے کے موقعہ پر، عورت زندہ ہو۔

(ا) زندہ پیدائش کا ثبوت اس طبیب یا دایہ کی شہادت سے یا ان دونوں کی شہادت سے ملتا ہے جو بوقت وضع حمل معالج تھے۔ (۲) وراثت کی قابلیت کے لئے یہ شرط ہے کہ بچہ انسان کی شکل رکھتا ہو۔ اس پر بیشتر "صنفی اور دیگر غیر طبعی حالتوں" کے عنوان کے تحت بحث کی جاچکی ہے۔ (ج) بیوی یا خاوند میں سے کسی ایک کی موت سے نکاح فسخ ہوجاتا ہے۔ اگر کوئی شادی شدہ عورت کو جو متذکرہ صدر شرایط پر جائداد کی مالک ہو، زندہ بچہ کامل ہو لیکن وہ بچہ تولد ہونے سے قبل ہی مرجائے، تو اس جائداد کا حق فوراً

وارث قانونی کو منتقل ہو جاتا ہے۔ گویا بچہ کی ولادت سے توارث میں کوئی خلل نہیں آتا۔ اگر بچہ کی پیدائش ماں کی موت سے ذرا بھی پہلے ہو جائے تو خواہ بچہ زندہ پیدا ہو کر فوراً مر جائے، خاوند بقیہ عمر کے لئے جائداد کا مالک ہو جاتا ہے۔ ایک بچہ قیصری شگاف (Cæsarean section) کے ذریعہ بھی مردہ ماں کی لاش سے نکالا جا سکتا ہے لیکن اس صورت میں خاوند قابض نہیں ہو سکتا۔ اس امر پر بحث کی جاتی ہے کہ کیا زندہ عورت سے قیصری شگاف کے ذریعہ نکالے ہوئے بچہ کو قانونی معنوں میں تولد شدہ متصور کیا جا سکتا ہے یا نہیں۔ گمان غالب یہ ہے کہ ان حالات کے تحت خاوند استجار (tenancy) سے متمتع ہو سکتا ہے۔

پیدائشوں کی اطلاع دہی۔ پیدائشوں کی اطلاع دہی کے ایکٹ ۱۹۰۷ء کے تحت، اگر کوئی بچہ حمل کے اٹھائیسویں ہفتہ کے ختم پر اپنی ماں سے تولد ہو تو ضلع کے میڈیکل آفیسر آف ہیلتھ (medical officer of health) کو اس کی پیدائش کی اطلاع دینا ضروری ہے۔ ۱۹۱۵ء کے بعد سے یہ طریقۂ کارروائی تمام اضلاع میں واجب العمل رہا ہے۔ (اس آئین کے متعلق کہ طبیبوں کے کیا فرائض ہیں اس کے لئے پندرہواں باب ملاحظہ کرنا چاہئے)۔

مردہ ولادتیں۔ مردہ ولادتوں کی تسجیل کرانا ضروری نہیں ہے۔ لیکن اگر حمل ۲۸ ہفتہ کا ہو تو میڈیکل آفیسر آف ہیلتھ (medical officer of health) کو اس کی اطلاع دینا ضروری ہے۔ اگر بچہ کو کسی پبلک گورستان میں دفن کرنا منظور ہو تو حکام گورستان کو ماں کے نام کا اور نیز مردہ ولادت کے واقعہ کا ایک تحریری بیان موصول ہونا چاہئے، جس پر کارونر (coroner) یا طبیب کے جس نے اس کو دیکھا ہو یا اس شخص کے کہ جو اسے دفنانے کے لئے لایا ہو دستخط ہونے چاہیں۔ بالعموم یہ بیان گورکن کو طبیب یا دایہ دیتی ہے اور گورکن لاش کو ٹھکانے لگا دیتا ہے۔ اور یہ معلوم ہے کہ بعض اوقات وہ اسکو کسی دوسرے شخص کے تابوت (coffin) میں رکھ دیتا ہے۔ اس حقیقت کو بوقت بنش یاد رکھنا چاہئے۔ یہ خراب نظام کار صریحی طور پر اخفاء جرم میں مدد دیتا

ہے۔ یا کم از کم ان بچوں کا جو کہ پیدائش کے بعد جلد مر جاتے ہیں، ٹھکانے لگانا آسان کر دیتا ہے۔

صحیح النسبی

قانون ہر اس بچہ کو جو دوران ازدواج میں تولد ہو یا خاوند کی موت کے بعد ایسی مدت کے اندر اندر تولد ہو کہ حمل کی طبعی مدت کے ہم آہنگ ہو صحیح النسب فرض کرتا ہے بشرطیکہ اس کے خلاف واقعہ ثابت نہ ہو۔

140

یہ ممکن ہے کہ کسی خاوند کا بچے کا باپ نہ ہونا اس امر کی بنا پر ثابت کیا جائے کہ خاوند جسمانی طور پر ناقابل ہے؛ یا یہ کہ وہ ایک ایسی مدت تک اپنی بیوی سے ہم صحبت نہیں ہوا کہ وہ مدت پیدائش بچہ کی تاریخ سے ہم آہنگ ہے۔ عمر کی انتہاؤں کی وجہ سے یا بدشکلی یا مرض کی وجہ سے جسمانی طور پر ناقابل ہو جانا پیشتر مذکور ہو چکا ہے۔ مجامعت نہ ہونے کی دلیل ایک تو یہ ہے کہ حقیقت واقعہ کے متعلق شہادت ہو جس سے طبیب کو سروکار نہیں ہوتا۔ اس کے علاوہ (ا) طبعی حمل کی مدت پر اور نیز ان سوالات پر غور کرنے کی ضرورت ہے (ب) کہ حمل کس مدت تک اطالت پذیر ہو سکتا ہے۔ اور (ج) یہ کس مدت تک تقصر پذیر ہو سکتا ہے کہ یہ مدت زندہ بچہ کی پیدائش کے ہم آہنگ ہو۔

(الف) حمل کی طبعی مدت: حمل کی مدت معلوم کرنے کا کوئی قطعی ذریعہ موجود نہیں ہے۔ یہی وجہ ہے کہ مختلف ارباب سند نے جو مدتیں مقرر کی ہیں ان میں تناقض پایا جاتا ہے۔ ان معطیات میں سے کہ جن سے بیضہ کے حاملہ ہونے اور بچہ کی پیدائش کے درمیانی وقفہ کا اندازہ لگایا جاتا ہے۔ صرف دو کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ "انقطاع حیض" اور "واحد مجامعت"

انقطاع حیض، قطع نظر قلیلت کے اتفاقی انقطاع کے، یہ ایک غیر یقینی نقطہ

آغاز ہے۔ یہ عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ ضرور نہیں کہ حیض اور تبویض ایک ساتھ واقع ہوں۔ چنانچہ حیض اتبویض کے بغیر اور تبویض حیض کے بغیر واقع ہو سکتی ہے۔ حاملہ بیضہ رحمی غشاء مخاطی میں بین حیضی زمانہ کے کسی حصہ میں بھی مدفون ہو سکتا ہے۔ لہذا طبعی مدت حمل، انقطاع حیض سے صحیح صحیح دریافت نہیں کی جا سکتی۔ میتھوز ڈنکن (Matthews Duncan) نے حیض کے آخری دن سے شمار کرتے ہوئے، حمل کی مدت کا ۲۷۸ دن اندازہ لگایا ہے۔ دوسرے ارباب سند کا اندازہ اس سے کم یا ذرا ہی زیادہ ہے۔

"واحد مجامعت" سے کوئی معین معطی حاصل نہیں ہوتا کیوں کہ یہ ضرور نہیں کہ حمل بھی اسی وقت واقع ہو جائے حیوانات منی نسوانی اعضا کے اندر اپنی فعالیت کئی دن تک برقرار رکھتے ہیں ان میں سے کسی ایک دن ممکن ہے کہ وہ بیضک میں پہنچکر اس کو حاملہ کر دیں۔ واحد مجامعت سے اندازہ لگا کر ایلفیلڈ[1] (Ahlfeld) نے حمل کی مدت ۲۷۱ دن سٹیڈ فلٹ[2] (Stadfeldt) نے ۲۷۲ دن اور ڈنکن[3] (Duncan) نے ۲۷۵ دن بیان کی ہے، بقول لووِن ہارٹ[4] (Lowenhardt) کے اعداد و شمار سے ۲۷۲ دن کی اوسط حاصل ہوتی ہے۔

حمل کی طبعی مدت کے متعلق بالعموم یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ تقریباً ۲۸۰ دن ہے لیکن اس شرط کے ساتھ کہ اس مدت سے تجاوز کا امکان ہے۔ مدت حمل ہمیشہ دنوں میں شمار کرنی چاہیئے۔ مہینے جنتری کے اور قمری دونوں ہو سکتے ہیں لہذا اس لفظ کا استعمال غلطی پیدا کر سکتا ہے۔

(ب) غیر طبعی طور پر اطالت پذیر حمل۔ مدت حمل کی دونوں سمتوں میں انتہائی حدود کا اندازہ لگانے کی مساعی میں یہ امر سد راہ ہوتا ہے کہ تقریباً

---

[1] Monatsschr. f. Geburtshulfe, 1869.

[2] Annales de Gynecol., 1877.

[3] Fecundity, Fertility, Sterility, 1866.

[4] Arch. f. Gynäkol., 1872.

تمام ایسے واقعات میں وہ شہادت جس پر کہ تخمینہ مبنی ہوتا ہے، دروغ آمیز ہوتی ہے۔ اکثر واقعات میں افراد متعلقہ کے مفادات پر اخلاقی یا مالی نقطہ نگاہ سے بے حد اثر پڑتا ہے۔ اور اگر دانستہ غلط بیانی سے قطع نظر بھی کر لیا جائے تو بھی عورتوں میں اپنی خواہشات اور احساسات سے گمراہ ہو جانے کا بہت رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ کہا جا سکتا ہے کہ بلاشک مدت حمل جو عام طور پر مسلمہ ہے خاصی توسیع کی قابلیت رکھتی ہے۔ لیکن دشواری جو پیش آتی ہے تو اس توسیع کے درجہ کی تحدید کرنے میں پیش آتی ہے۔ بعض ممالک میں یہ حد قانون مقرر کر دیتا ہے۔ فرانس (France) اور اٹلی (Italy) میں یہ حد ۳۰۰ دن ہے۔ جرمنی میں، خاوند کی موت کے بعد ۳۰۲ دن کے اندر پیدا شدہ بچہ صحیح النسب سمجھا جاتا ہے۔ سکاٹلینڈ میں خاوند کی موت کے بعد دس قمری مہینوں کے اندر اندر پیدا شدہ بچہ صحیح النسب قرار دیا جاتا ہے۔ انگلستان اور امریکہ میں کوئی حد مقرر نہیں ہے۔ لہٰذا وہاں ماہروں کی رائے لی جاتی ہے اور ہر مقدمہ میں جو اس موضوع سے متعلق ہو تمام سوالات پر بحث ہوتی ہے۔ انگریزی عدالتوں نے اب تک جو طویل ترین مدت جائز رکھی ہے، وہ ۳۰۷ دن ہے۔ ۱۹۰۷ء میں عدالت نے ایک ایسے خاوند کی عرضداشت طلاق کو مسترد کر دیا جو کسی غیر ملک میں مذکورہ بالا مدت تک اپنی بیوی سے غائب رہ چکا تھا۔ وضع حمل طبعی طور پر ہوا تھا اور بچہ اوسط جسامت اور وزن کا تھا۔ عرضی دہندہ اپنے استغاثہ کی تائید میں کوئی دوسری فیصلہ کن نوعیت کی شہادت پیش نہ کر سکا۔ امریکہ میں ایک اغوا کی فرد قرارداد جرم میں ۳۱۷ دن کی رعایت دی گئی اور غالباً اس فیصلہ میں ہمدردی کی کار فرمائی تھی۔ اگر کوئی جائداد کا دعویدار ہوتا تو ممکن ہے کہ اس کے ساتھ کچھ اور سلوک کیا جاتا۔

141

ایسی بہت مثالیں درج ہیں کہ جن میں حمل ۳۰۰ دن بلکہ اس سے بعد تک قائم رہا ہے۔ وہ مثالیں جو ۳۰۰ دن کے قریب قریب آتی ہیں لیکن اس سے تجاوز نہیں کرتیں ان مثالوں کی بہ نسبت بہت زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہیں کہ جن میں مزید ہفتوں کا ادعا کیا جاتا ہے۔ ایکر[1] (Acker) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جس میں واحد مجامعت کے بعد

[1] Amer. Journ. of Obstetrics. 1889.

حمل ۳۵۰ دن قایم رہا اور بچہ بلحاظ نمو کے ایک میعادِ کامل کے بچہ سے متجاوز نہ تھا۔ ادخال منی کے بعد استقرار حمل کے وقت کا غیر یقینی ہونا مدنظر رکھا جائے تو اس مدت حمل کو گھٹا کر ۲۹۰ دن قرار دیا جاسکتا ہے۔ ایک واقعہ میں جسے پرکار[1] (Purkhauer) نے درج کیا ہے ایک عورت کو غیر حاملہ حالت میں ہر اٹھائیسویں دن حیض آتا رہا تھا۔ آخری حیض اس کو ۲۸ اپریل ۱۸۸۹ء کو آیا تھا۔ اور اس نے بچہ کو پہلے پہل ستمبر کے وسط میں محسوس کیا تھا۔ جس سے وضع حمل کی قیاسی تاریخ فروری ۱۸۹۰ء کا اول ہفتہ ہوتی ہے۔ ۱۲ مارچ ۱۸۹۰ء کو اس نے ایک زندہ بچہ جنا جو وزن میں ۸ پونڈ ½ ۱۲ اونس اور طول میں ۲۱ انچ تھا۔ اگر استقرار حمل کی تاریخ آخری حیض کے انقطاع سے سات دن بعد فرض کی جائے تو مدت حمل ۳۱۶ دن ہوتی ہے۔ اور اگر یہ آئندہ متوقع حیض سے ۷ دن قبل فرض کی جائے (اگرچہ یہ ارتکاض (quickening) کی تاریخ سے مطابقت نہیں کرتی) تو مدت حمل ۳۰۰ دن ہوگی۔ ٹامسن[2] (Thomson) ایک واقعہ درج کرتا ہے جس میں آخری حیض سے شمار کرنے پر مدت حمل ۳۱۷ دن اور آخری مجامعت سے شمار کرنے پر ۳۰۱ دن ہوتی ہے۔ ڈنکن[3] (Duncan) ایک واقع درج کرتا ہے جس میں حیض ۱۵ جنوری کو منقطع ہوگیا۔ ماں نے جنینی حرکات کو تقریباً مئی کے آغاز یا وسط میں محسوس کیا۔ وہ نہایت جسیم تھی اور اس کو تقریباً ۱۵ سے ۲۱ اکتوبر تک زچگی ہونے کی امید تھی لیکن اس کے وضع حمل میں ۷ دسمبر تک تاخیر ہوگئی۔ یعنی انقطاع حیض سے ۳۲۵ دن تک۔ یہ بچہ مرد تھا اور اس کی جسامت اور وزن معمولی جسامت اور وزن سے بہت زیادہ تھا۔ یہ اس عورت کا چوتھا بچہ تھا۔ پہلے بچہ کا حمل ۳۰۰ دن تک اور دوسرے اور تیسرے بچوں کا حمل ۲۸۵ دن تک رہ چکا تھا۔ آرمسٹرانگ[4] (Armstrong) نے ایک عورت کے واقعہ کا تذکرہ کیا ہے کہ جس کا دوسرا حمل ۳۰۳ دن اور چوتھا حمل ۳۱۹ دن تک رہا۔ مرے[5] (Murray) نے ایک

---

[1] Friedreich's Blatter f. ger. Med., 1890

[2] Obstetrical Transactions, 1885

[3] Medical Times and Gazette, 18[illegible]7.

[4] The Lancet, 1890.

[5] Brit. Med. Journal., 1889.

عورت کے متعلق جس کا اس نے معالجہ کیا ذیل کی تفصیل دی ہے۔ اس کا حیض ۱۲ فروری ۱۸۸۸ء کو منقطع ہوا۔ ۲۸ نومبر کو وہ سمجھی کہ اب وضع حمل ہو گا۔ لیکن علامات زائل ہو گئیں۔ ۱۲ جنوری ۱۸۸۹ء کو اس نے ایک مردہ مولود بچہ جنا جس کا وزن ۷½ پونڈ اور طول ۱۹½ انچ تھا۔ اور انقطاع حیض اور وضع حمل کے درمیان ۳۳۰ دن کا وقفہ تھا۔

یہ نظریہ پیش کیا گیا ہے کہ اطالت پذیر حمل اکثر غیر معمولی طور پر طویل بین الحیضی وقفوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔ لیکن پرکار (Pürkhauer) کے مندرجہ صدر واقعہ سے اس کی تائید نہیں ہوتی۔ کیوں کہ جب عورت مذکور حاملہ نہیں تھی تو اس کو ہر اٹھائیسویں دن باقاعدگی کے ساتھ حیض آتا تھا۔

یہ دیکھا جائے گا کہ متذکرہ صدر واقعات اطالت پذیر حمل کے موضوع کے متعلق بتدریج بڑھتے ہوئے تناسب سے تمثیلات پیش کرتے ہیں حتیٰ کہ ۳۳۰ دن کا مرعوب کن عدد حاصل ہو جاتا ہے۔ جہاں تک کہ درج شدہ واقعات کا تعلق ہے، یہ عدد قطعی نہیں۔ البتہ جہاں تک کہ قارئین کی قوتِ اعتقاد کا تعلق ہے، یہ غالباً قطعی ہے۔ ظاہری اطالت پذیر حمل کے کئی واقعات میں یہ بہت ہی قرین قیاس ہے کہ حیض اتفاقیہ رک گیا ہو اور استقرار حمل بعد میں واقع ہوا ہو۔

(ج) **غیر طبعی طور پر مقصر حمل** میں مندرجہ ذیل چیزوں کی بحث ہے۔ بوقت پیدائش جنین کا درجہ نمو کیا ہے اور پیدائش کے بعد اس کی **قابلیت حیات** یا زندہ رہنے کی استعداد کیا ہے۔ تقصر پذیر حمل میں اطالت پذیر حمل کی بہ نسبت طبی شہادت کی زیادہ گنجائش ہوتی ہے۔ موخر الذکر صورت میں بچہ اگرچہ کئی مثالوں میں معمولی جسامت سے بہت متجاوز ہو گیا ہے لیکن درجۂ کامل سے زیادہ نمو یافتہ نہیں ہو سکتا۔ اور اگر کامل میعاد کا نہ ہوا ہو تو کامل المیعاد نہ ہونے کی علامات کم و بیش ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز رائے قائم کرتے وقت بچہ کی جسامت اور وزن پر زیادہ زور نہ دینا چاہیئے۔ گو کہ یہ دونوں نمو کی اہم امارات ہیں خاصکر طول جو کہ عمر کے ساتھ اس سے زیادہ ثبت نسبت رکھتا ہے کہ جتنا وزن رکھتا ہے۔ لیکن باقی امارات کو

بھی ہرگز نظر انداز نہیں کرنا چاہیئے ۔ ماں کی تندرستی تنادری یا اسکی برعکس حالت میں اور بچہ کی جسامت اور وزن میں کوئی ثقہ نسبت مقرر نہیں کی جاسکتی ۔ بعض کوتاہ قد عورتیں عادتاً بڑے بچے پیدا کرتی ہیں ۔ اور بعض اوقات طویل القامت اور رعب دار شکل کی عورتیں کامل میعاد کے کم تغذیہ یافتہ بچے جنتی ہیں ۔ جس طرح کہ تفریق کے تمام دیگر سوالات میں ہوتا ہے انتہاؤں کو بآسانی شناخت کیا جاسکتا ہے ۔ ایک میعادی بچہ ایسی خصوصیات رکھتا ہے کہ اس کو ایک پانچ چھ ماہ کے بچہ سے بآسانی تمیز کیا جاسکتا ہے ۔ برخلاف اس کے ۸ ماہ اور ۹ ماہ کے بچوں کے درمیان بہت کم فرق پایا جاتا ہے ۔ کیونکہ بچہ میعاد سے پورے ۱۴ دن قبل بختگی کی کل امتیازی خصوصیات حاصل کرلیتا ہے ۔ جنینی نمو کی ثقہ ترین امارات صرف لاش ہی میں ملتی ہیں اور وہ یہ ہیں ۔ تعظم کے مختلف مراکز اور دماغ کی اوپری ہئیت ناپختگی کی بیرونی علامات قطع نظر جسامت اور وزن کے یہ ہیں ۔ جلد کی سیاہی مائل سرخ رنگت اور جھری دار منظر ، اور اس پر زغب کی موجودگی ، کان کی جسامت ، انگلیوں کے ناخنوں کی نامکمل تکوین ۔ سر کی غیر متناسب جسامت صفن میں خصیوں کی عدم موجودگی (مردمیں) ۔ علاوہ ازیں عمومی کمزوری جو زوردار حرکات اور غوغائی چیخوں کے فقدان سے اور پیش کردہ چھنگلی کو چوسنے کی ناقابلیت سے مترشح ہوتی ہے ۔ ناپختہ بچوں کی حرارت عزیزی زیر طبعی ہوتی ہے ۔ اور اس کی حفاظت کے لئے روئی کی موٹی تہوں یا کسی دیگر ماحول کی ضرورت ہے جو اس کے سطحی ضیاع کو کم کرتا ہو ۔

قابلیت حیات (viability) ۔ ممکن ہے کہ ایک بچہ اس قدر ترقی یافتہ درجہ کا نمو حاصل کر چکا ہو کہ زندہ پیدا ہو سکے لیکن وہ قابل حیات نہ ہو یعنی اس میں حیات برقرار رکھنے کی صلاحیت موجود نہ ہو ۔ ایک عمومی بیان کے طور پہ یہ تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ کسی بچہ کے قابل حیات ہونے کی مدت کی کم از کم حد ۱۸۰ دن ہے ۔ لیکن اس سے یہ نتیجہ نہ نکالنا چاہیئے کہ درون رحمی حیات کے اس عرصہ میں تمام بچے قابل حیات ہو جاتے ہیں بلکہ اس کے خلاف ان میں طویل قیام حیات ایک استثنا ہے نہ کہ معمول ۔ لہذا اس عمر قابلیت کی موجودگی ثابت

کرنے کے لئے کافی شہادت کی ضرورت ہے۔

بونر[1] (Bonnar) نے قبل از میعاد پیدائش کے متعدد واقعات کی جدول بنائی ہے اور بچوں کی مابعد حیات کا کھوج لگایا ہے۔ ۲۲ بچے درون رحمی زندگی کے ۱۸۰ دن بعد پیدا ہوئے۔ ان میں سے صرف چار تھے جو ایک سال اور اس سے زیادہ تک زندہ رہے۔ اسی گروہ میں سے چھ بچے ۲۴ گھنٹہ اور اس سے زیادہ تک زندہ رہے لیکن باقی ماندہ بچوں میں سے ایک بھی ایسا نہ تھا جو ۴ ماہ سے زیادہ تک زندہ رہا ہو۔ بیلی[2] (Bailly) نے ایک بچہ کا واقعہ درج کیا ہے جو ۶ ماہ اور ۲۰ دن کے بعد پیدا ہوا۔ یہ بچہ نہایت ہی کمزور تھا۔ اور اس کی حرارت جسمانی کو قائم رکھنے کے لئے بڑی توجہ کی ضرورت تھی۔ اس کی چھوٹی جسامت کو تمثیلاً یوں بیان کیا جاتا ہے۔ کہ باپ کی انگشتری کو بچہ کے پاؤں پر سے گذار کر تقریباً گھٹنے تک چڑھایا جا سکتا تھا۔ پیدائش سے ۱۳ دن بعد اس بچہ کا وزن ۱۲۵۰ گرام (تقریباً ۲¾ پونڈ) تھا۔ پیدائش سے ۱۲ ماہ بعد بچہ کے متعلق یہ اطلاع تھی کہ زندہ اور تندرست ہے۔ ایک بہت ہی مستند واقعہ میں کہ جس کی اطلاع اوٹرپوٹ[3] (Outrepout) نے دی ہے ایک بچہ بوقت پیدائش درون رحمی حیات کے ستائیسویں ہفتہ میں تھا۔ اس کا ناپ ۱۳½ انچ اور وزن ۱½ پونڈ تھا۔ اس کی جلد جھری دار اور روؤں سے ڈھکی ہوئی تھی۔ ناخن جلد کے شکنوں کی مانند تھے اور غشاء الحدقہ سالم تھی۔ اس کے جوارح چھوٹے تھے اور جنینی وضع میں قائم تھے۔ گیارہ سال کی عمر میں یہ بچہ ابھی زندہ تھا اور ایک تقریباً ۸ سال کی عمر کے بچہ کی صورت شکل کا تھا۔

ایسی مثالیں بھی درج ہیں کہ جن میں ان بچوں کو پرورش کیا گیا ہے جو کہ ۱۸۰ دن سے قبل پیدا ہوئے تھے لیکن یہ مثالیں نہایت ہی استثنائی ہیں اور معطیات کی صحت کے متعلق شک پیدا ہوتا ہے۔ بونر (Bonnar) کی جدول میں ایک بچہ کا واقعہ درج ہے جو ۱۵۰ دن کے بعد پیدا ہوا تھا اور وہ ۱۹ سال کی عمر تک

---

[1] Edinburgh Med. Journal, 1865

[2] Arch. de Tocologie, 1879.

[3] Henke's Zeitschr., 1828.

زندہ رہا۔ایک بچے کا واقعہ مور[1] (Moore) نے درج کیا ہے جو پانچ ماہ کے اختتام پر پیدا ہوا۔اس کا طول ۹ انچ اور وزن ۱½ پونڈ تھا۔یہ بچہ ۱۵ ماہ کی عمر میں تندرست تھا اور اس کا وزن ۱۹ پونڈ تھا۔بچہ کی جسامت سے درجۂ نمو کا اندازہ لگانے میں کس خطرہ سے دوچار ہونا پڑتا ہے، اس کی مثال میں ہبرڈ[2] (Hubbard) نے ایک واقعہ درج کیا ہے۔ بیان کیا جاتا ہے کہ رحمی حمل کا وقت تقریباً ساتواں مہینہ تھا۔بچہ کا طول ۱۰ انچ تھا اس کے سر کا محیط کانوں پر ۸ انچ تھا۔رانوں کے گرد کا محیط ۲½ انچ تھا۔وزن ایک پونڈ ۲ اونس تھا۔بچہ خوب تکوین یافتہ تھا۔اس کی انگلیوں کے ناخن مکمل تھے۔یہ بچہ آٹھ گھنٹہ تک زندہ رہا۔صفحہ 26 پر جو جدول ہے اس کے دیکھنے سے ظاہر ہوتا ہے کہ انگلیوں کے ناخنوں کی تکوین اس وقت تک مکمل نہیں ہوتی جب تک کہ رحمی حمل ۸ ماہ ترقی نہ حاصل کر لے، حالانکہ اس بچہ کے طول و وزن سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ چھ ماہ سے زیادہ کا نہیں۔بارکر[3] (Barker) نے ایک بچہ کا واقعہ بیان کیا ہے جو مجامعت سے ۱۵۰ دن کے بعد پیدا ہوا تھا۔اس کا طول ۱۱ انچ اور وزن ایک پونڈ تھا۔ناخن بمشکل دکھائی دیتے تھے۔آنکھوں کے پپوٹے پیدائش سے دوسرے دن تک بند رہے۔جلد جھری دار تھی۔اس کے تین سال بعد یہ بچہ تندرست اور باصحت تھا لیکن اس کا وزن صرف ۲۹½ پونڈ تھا۔ایسی ہی متعدد مثالیں درج کی گئی ہیں لیکن ایسی کوئی مثال نہیں جو کہ بہت حالیہ زمانہ کی ہو۔کلنگ ورتھ[4] (Cullingworth) نے کئی ایک مثالیں جمع کی ہیں اور ان میں ایک مثال عاجل (یعنی ساتویں ماہ میں) قابلیت حیات کی پائی جاتی ہے جس سے وہ ہاسپٹل کی نداولت میں دوچار ہوا تھا۔

ایسے بچے جو درون رحمی عمر کے پانچویں ماہ میں پیدا ہوئے ہیں چند ساعت تک زندہ رہے ہیں لیکن اس سے زیادہ دیر تک نہیں۔ان کی نظیریں پیش کرنے کی ضرورت

143

---

[1] Philadelphia Med. and Surg. Reporter, 1880

[2] New York Med. Journ., 1890.

[3] Med. Times, 1850,

[4] Obstetrical Journ. of Great Britian and Ireland, 1878.

نہیں ہے، کیوں کہ یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ اس دور میں جو بچے پیدا ہوتے ہیں ان میں زندگی کی امارات پائی جاسکتی ہیں جن لوگوں نے ایسے واقعات کی اطلاع دی ہے انکی صداقت پر حرف لانا مقصود نہیں ہے، تاہم یہ کہنا صحیح ہے کہ کوئی ایسی مثال درج نہیں ہوئی جس میں ۵ ماہ کے جنین کی قابلیت حیات کی شہادت قطعی طور پر یقینی ہو۔

فرانس اور اٹلی میں اگر کوئی بچہ شادی کے بعد ۱۸۰ دن کے اندر پیدا ہو تو خاوند بچہ کا باپ ہونے سے انکار کرسکتا ہے، بشرطیکہ اس نے بیوی کیساتھ شادی سے قبل مجامعت نہ کی ہو۔ جرمنی میں اگر کوئی خاوند بچہ کی پیدائش سے قبل ۳۰۰ ویں اور ۱۸۰ ویں دنوں کے درمیان عدم مجامعت ثابت کر دے تو جو بچہ اس کی بیوی نے جنا ہو اس کی والدیت سے انکار کرسکتا ہے۔ سکاٹلینڈ (Scotland) میں ماں کی شادی سے چھ ماہ بعد پیدا شدہ بچہ صحیح النسب سمجھا جاتا ہے۔ انگلستان اور امریکہ میں کوئی حد مقرر نہیں اور طالت پذیر حمل کی طرح ہر مثال کا فیصلہ اس کی خصوصی حالات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے۔

جنین علی الجنین

(Superfœtation)

تکوین جنین علی الجنین کا امکان ماہران علم القابلہ کے مابین ایک متنازع فیہ مسئلہ ہے۔ بعض تسلیم کرتے ہیں کہ استثنائی طور پر ایسا وقوع پذیر ہوسکتا ہے لیکن بعض اسے فعلیاتی طور پر ناممکن الوقوع سمجھتے ہیں۔ حمل علی الحمل (superfecun-dation) کے امکان کو سب تسلیم کرتے ہیں یعنی ایسے دو بیضوں کا افرادی طور پر حاملہ ہونا جو تبویض کے ایک ہی دور میں خارج ہوئے ہوں۔ مشکل تو اس امر کے امکان سے متعلق پائی جاتی ہے کہ ایک سابق الوقوع تبویض کے دوران میں خارج شدہ بیضہ کے

بارور ہونے سے جو حمل معرض وجود میں آتا ہے اس کے چند ماہ بعد ایک اور بیضہ بارور ہو جائے جو مابعد تبویض سے ماخوذ ہو۔ اب یہ امر ہمہ گیر طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ حاملہ رحم کی حالت تیسرے ماہ کے وسط تک ایسی ہوتی ہے کہ وہ کمر رحمل کی راہ میں کوئی ناقابل ارتفاع رکاوٹ حائل نہیں کر سکتی۔ غشاء ساقط صادق اور غشاء ساقط منعکس کا التیام اس وقت مکمل نہیں ہوتا۔ لہذا بیضہ اور حیوانات منی کے درمیان کوئی مطلق رکاوٹ موجود نہیں ہوتی عنقی قنال میں جو لیسدار مخاط پایا جاتا ہے وہ کوئی ناقابل ارتفاع رکاوٹ پیش نہیں کرتا۔ جو لوگ تکوین جنین علی الجنین (superfœtation) کے امکان سے انکار کرتے ہیں وہ اپنی مخالفت کی بنیاد دوران حمل میں تبویض کے عدم وقوع کو قرار دیتے ہیں کیونکہ اگر ابتداء حمل سے لیکر وضع حمل تک تبویض ہرگز نہ ہونے پائے تو ظاہر ہے کہ تکوین جنین علی الجنین (superfœtation) ناممکن ہوگی۔ عام قاعدہ تو یہی ہے کہ دوران حمل میں تبویض معطل رہتی ہے۔ کیا اس قاعدہ کی مستثنیات فرض کر لینے کیلئے کوئی دلائل ہیں؟ گلابن (Galabin) نے خارج الرحم حمل کا حوالہ دیا ہے کہ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ دوران حمل میں استثنائی طور پر تبویض وقوع پذیر ہو سکتی ہے۔ چنانچہ شکم کے اندر پانچ ماہ کا جنین اور اس کے ساتھ رحم کے اندر ایک تین ماہ کا جنین پایا گیا ہے۔ چونکہ تغذیہ حاصل کرنیکے لحاظ سے درون رحمی جنین کی مقامیت بہتر ہے۔ لہذا اس کی کمی نمو کو اسکی خراب مقامیت کی جانب منسوب نہیں کیا جا سکتا۔ حمل کے شروع مہینوں میں حیض استثنائی طور پر ضرور آتا ہے۔ لیکن یہ اس مفروضہ کی کہ اس وقت تبویض بھی وقوع پذیر ہوتی ہے محض قیاسی طور پر تائید ہے اس سے زیادہ تائید نہیں کیونکہ تبویض اور حیض ایک دوسرے پر منحصر نہیں ہیں۔

جو لوگ تکوین جنین علی الجنین کے امکان سے انکار کرتے ہیں۔ وہ ان واقعات کی جن میں ایسی تکوین مانی جاتی ہے اس طرح پر توجیہہ کرتے ہیں کہ یہ توامی حمل کی مثالیں ہیں اور ان میں جیسا کہ عام ہے ایک جنین دوسرے سے زیادہ نمو یافتہ ہوتا ہے۔

144 سپیگلبرگ[2] (Spiegelberg) اس حقیقت کا اطلاق کرتے ہوئے تکوین جنین علی الجنین

[1] Manual of Midwifery, 1886

[2] Lehrbuch der Geburtshülfe, 1880.

کو فعلیاتی نگاہ سے ایک غیر محکم اور باطل شدہ مفروضہ سمجھتا ہے۔ ایسے واقعات کو جن میں پہلے ایک کامل طور پر نمو یافتہ بچہ پیدا ہوتا ہے اور پھر اس کے بعد ایک دوسرا اور پیدا ہوتا ہے اور وہ بھی (ان حدود کے اندر جو تکوین جنین علی الجنین سے منسوب کیجاتی ہیں) کامل طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے، وہ توام جنینیوں کی مثالیں تصور کرتا ہے۔ یعنی وہ بچہ جو کہ دونوں میں سے بہت زیادہ نمو یافتہ ہوتا ہے پہلے پیدا ہوتا ہے اور جو بچہ پیچھے رہ جاتا ہے وہ ضائع شدہ وقت کی کمی پوری کرنے کے بعد آخرکار ویسی ہی کامل طور پر نمو یافتہ حالت میں پیدا ہوتا ہے جس میں کہ پہلا بچہ پیدا ہوا تھا۔ بیان کیا جاتا ہے کہ مزعومہ تکوین جنین علی الجنین کے ان واقعات کی کہ جن میں پیدائشوں کے درمیان زیادہ وقفہ ہوتا ہے یہ وجہ ہوتی ہے کہ ایک دوہرا رحم موجود ہوتا ہے۔ خواہ اس کے ساتھ جداگانہ مہبل ہو یا نہ ہو، لیکن اگر صرف رحم کا جسم ہی دوہرا ہو۔ تو بہ نسبت اس صورت کے جب کہ دوہرا مہبل موجود ہوتا ہے غیر طبعی حالت کے نظرانداز ہو جانے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ اس غیر طبعی حالت کی مثال میں راس[1] (Ross) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے۔ ۶ جولائی کو ایک عورت نے دو جنین جنے جو رحمی حمل کے چھٹے مہینے میں تھے۔ اس کے بعد ۳۱ اکتوبر کو ایک دور پورے میعاد کا بچہ جنا۔ بعد میں جب امتحان کیا گیا تو ایک دوہرا رحم موجود پایا گیا۔ دو ناتکمل جنینوں کی پیدائش اور کامل المیعاد بچہ کی پیدائش کے درمیان جو وقفہ تھا اس کی وجہ یہ تھی کہ رحم کے ایک کہفہ سے دو ناتکمل جنین قبل از میعاد پیدا ہوئے لیکن دوسرے کہفہ کے مشمولات حمل کی پوری میعاد تک برقرار رہے۔ اس اصابت میں مہبل کے اندر کوئی فاصل (septum) نہ تھا۔ اگر بغور امتحان عمل میں نہ لایا جاتا اور حمل کے اس غیر طبعی ممر کی وجہ دریافت نہ کی جاتی تو ممکن ہے کہ تکوین جنین علی الجنین کا ایک اور واقع درج ہو جاتا۔ اے۔ ڈبلیو۔ میئر[2] (A. W. Meyer) اس موضوع کے کتب کا تبصرہ کرنے کے بعد اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ تکوین جنین علی الجنین زیادہ سے زیادہ ایک امکان ہے اور جو واقعات بیان کئے جاتے ہیں وہ دراصل توامی حمل کی مثالیں ہیں کہ

---

[1] The Lancet, 1871.

[2] Journal Am. Med. Assoc., lxxii., 1919

جس میں جنینوں کا نمو غیر مساوی ہوتا ہے۔

معمولی توامی حمل میں پیدائشوں کے درمیان ایک طویل وقفہ حائل ہونے کی ایک نہایت اچھی مثال پن کاٹ[1] (Pincott) کے درج کردہ واقعہ سے ملتی ہے۔ ایک عورت نے ۱۸ اکتوبر کو ایک کمزور سی لڑکی جنی جو اسی دن مر گئی۔ ولادت کے بعد مشیمہ نکل آیا جیسا معمولی زچگی میں ہوتا ہے۔ ۱۵ نومبر کو یعنی ۲۸ دن بعد اس نے ایک دوسری بچی جنی جو خوب نمو یافتہ اور کامل میعاد کی تھی۔ گو کاغشیہ کے پھٹنے سے قبل جنینی حرکات محسوس ہوئی تھیں لیکن یہ بچی مردہ مولود پائی گئی۔ پوسٹل وائٹ[2] (Postlethwaite) نے ایک کثیر الولادت عورت (multipara) کا واقعہ درج کیا ہے کہ اس نے ۲۴ فروری کو ایک ۶ پونڈ وزن کا بچہ جنا لیکن رحم میں ایک اور بھی بچہ محسوس کیا جا سکتا تھا۔ ماں کو آدھ آدھ گھنٹہ کے وقفہ سے ۱۰ گھنٹہ تک اور اس کے بعد طویل تر وقفوں سے ۲۴ گھنٹہ تک شدید ما بعد درد (after-pains) ہوتے رہے۔ ۱۴ دن کے بعد اس کو اٹھنے کی اجازت دی گئی اور ۴ اپریل تک وہ اپنے فرائض خانہ داری انجام دیتی رہی۔ پھر اس نے ایک لڑکی جنی جو ½ ۶ پونڈ وزن کی تھی۔ دونوں بچے تندرست رہے۔ ان دو پیدائشوں کے درمیان ۴۹ دن کے طویل وقفہ کے علاوہ ایک اور دلچسپ امر یہ ہے کہ پہلے بچے کی پیدائش کے بعد باوجودیکہ قوی اور متواتر دردِ زہ ہوا تاہم یہ دوسرے بچہ کو اپنی جگہ سے نہ اکھاڑ سکا۔

تکوین جنین علی الجنین کی تائید میں جو واقعات پیش کئے جاتے ہیں ان میں سے ان واقعات کی جن میں مختلف حمول کے درمیان بظاہر دو تین ماہ سے زیادہ وقفہ نہیں گزرتا توجیہہ اس طرح کی جا سکتی ہے کہ ان کو معمولی توامی حمل سمجھ لیا جائے جس میں پہلے جنین کے خارج ہونے کے بعد دوسرا جنین باقی رہتا ہے۔ اس سے طویل تر وقفہ بھی ناممکن چیز نہیں ہے اور اس صورت میں پیچھے رہ جانے والے جنین کے نمو کو اس کا ساتھی جو کہ زیادہ سازگار حالت میں ہوتا ہے بہت حد تک روک دیتا ہے۔ اگر جنین کی پختگی ہی قدرتی وضع حمل کا سبب محرکہ ہے جیسا کہ بعض فرض کرتے ہیں تو یہ سمجھنا آسان ہے کہ کیونکر ایک ناپختہ بچہ جس کی ناپختگی

---

[1] Brit Med. Journ., 1886.

[2] Ibid., 1913.

کسی ذاتی نقص کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ حمل کی طبعی مدت کی حدود کے بعد ایک بڑی مدت تک رحم میں پڑا رہتا ہے۔ تیسرے ماہ کے اختتام کے قریب غشاء ساقط صادق اور غشاء ساقط منعکس کا التیام مگر رحمل کی راہ میں ایک حقیقی رکاوٹ حائل کر دیتا ہے۔ اور اس وقت اور اس کے بعد ایک اور وقت یہ حائل ہو جاتی ہے کہ مبیض اور بعض قناتیں رحم کے لحاظ سے ایک خاص مقامیت اختیار کر لیتی ہیں۔ ان رکاوٹوں کی وجہ سے اور نیز اس وجہ سے کہ دوران حمل میں تبویض تقریباً ہمیشہ منقطع ہو جاتی ہے، بیان کردہ تکوین جنین علی الجنین کے ان واقعات کو کہ جن میں دو قابل حیات بچوں کی پیدائشوں کے درمیان پانچ چھ ماہ کا وقفہ پایا جاتا ہے تسلیم کرنا نہایت ہی دشوار ہو جاتا ہے جس طرح دوسرے منفی قضیوں کو ثابت نہیں کیا جا سکتا اسی طرح تکوین جنین علی الجنین کے وقوع کو غلط ثابت تو نہیں کیا جا سکتا، لیکن اس کے امکان کو قریب قریب مفقود سمجھا جا سکتا ہے۔

جنین کی موت فی الرحم: کبھی ایسا ہوتا ہے کہ جنین رحم کے اندر ہی مر جاتا ہے اور ایک کم و بیش طویل مدت تک پڑا رہتا ہے۔ اگر اس کا ماحول صحیح و سالم رہے تو ہوا اور جراثیم پہنچنے نہیں پاتے۔ اور لاش میں گندیدگی ہوئے بغیر تعطین یا تحنیط واقع ہو جاتی ہے۔ اگر جنین کا نمو پہلے ماہ سے متجاوز نہ ہوا ہو تو تازہ تکوین یافتہ یا فتیں منہدم ہو جاتی ہیں۔ چنانچہ جب جنین خارج ہوتا ہے تو ساخت کا کوئی شائبہ دکھائی نہیں دیتا۔ رحمی حمل کے اس سے زیادہ متاخر زمانہ میں صرف یہ ہوتا ہے کہ جلد کی تعطین ہو جاتی ہے اور جلد یا تو آبلوں کی صورت میں اُٹھ آتی ہے یا بالکل ہی اتر جاتی ہے۔ اور جنین باقی ہر طرح سے خاصی اچھی طرح محفوظ رہتا ہے۔ بعض مثالوں میں جنین کی تحنیط ہو جاتی ہے۔ اور وہ ایک چپٹا اور خشک منظر پیش کرتا ہے اس قسم کا ایک واقعہ شلن برگ[1] (Schellenburg) نے بیان کیا ہے۔ ایک عورت کو ۲۰ جون سے حیض آنا بند ہو گیا۔ نومبر کے آغاز میں اس نے بچہ محسوس کیا۔ ۱۲ مئی ۱۸۷۸ء میں اس نے ایک چھ ماہ کا جنین خیا جو دب کر چپٹا ہو گیا تھا اور محنط شدہ حالت میں تھا۔ یہ موت سے چھ ماہ بعد تک رحم ہی میں پڑا ہوا تھا۔ گیرگو[2] (Garrigues) نے ایک ۲۷ سال کی عمر کی عورت کا واقعہ بیان کیا ہے۔ آخری حیض سے ۹ ماہ بعد ایک جنین اور

145

۱؎ Arch. f. Gynäkol., 1877.

۲؎ American Journal of Obstetrics, 1884

ایک مشیمہ بالکل تازہ حالت میں خارج ہوئے۔ جنین نمو کے چوتھے ماہ کے ختم کے قریب تھا۔ یہ جلد اتر گئی تھی۔ اور نرم حصے مذبول تھے۔ ہیگمین[۵] (Hagmann) نے ایک واقعہ درج کیا ہے، جس میں آخری حیض سے ۱۴۱ دن بعد قیصری شگاف کے ذریعہ ۱۶ انچ لمبا جنین نکالا گیا۔

جن توامی ولادتوں کے درمیان دو تین ماہ سے زیادہ تک کا وقفہ حائل ہو اور ایک مردہ جنین محبوس رہا ہو ان کی طبّی قانونی بحث نظری اہمیت رکھتی ہے نہ کہ عملی۔ جن مقدمات میں یہ حالتیں زیر بحث آتی ہیں، وہ یہ ہیں کہ کوئی عورت اپنے خاوند کی موت یا غیاب کے بعد سات یا آٹھ ماہ کے اندر ایک بظاہر خوب نمو یافتہ بچہ جنتی ہے جو پیدا تو زندہ ہوتا ہے لیکن پیدائش کے بعد جلد ہی مر جاتا ہے۔ اور پھر اس کے دو تین ماہ بعد ایک اور بچہ جنتی ہے۔ یہ بھی کامل نمو یافتہ ہوتا ہے اور زندہ رہتا ہے۔ اس صورت میں وارث قانونی دوسرے بچہ کی صحیح النسبی کے متعلق تنازع کر سکتا ہے۔ مزید براں اگر کسی عورت کے خاوند کو غائب ہوئے آٹھ نو مہینے ہوئے ہیں۔ اور اس وقت سے جبکہ خاوند نے اسے چھوڑا ہو ۹ ماہ بعدہ ایک چہار ماہہ جنین جنتی ہے تو اس کی عفت پر اعتراض وارد ہو سکتا ہے۔

عاجل ترین وقت کہ جس میں ایک عورت بچہ جننے کے بعد مکرر حاملہ ہوئی ہے عام طور پر ولادت کے تقریباً ایک ماہ بعد کا زمانہ سمجھا جاتا ہے۔ بونر (Bonnar) بیان کرتا ہے کہ عورت جلد از جلد چودھویں دن بھی حاملہ ہو گئی ہے۔

ولدیت اور ابنیت، قرائنی شہادت کے ذریعہ، اور نیز باپ سے صورت، آواز، اطوار، چال اور دیگر خصوصیتوں کی مشابہت کے ذریعہ دریافت کی جاتی ہے طبّی شہادت کا مقصد، بدساختوں، پیدائشی نشانات اور دیگر جسمانی خصوصیتوں کا دقیق معائنہ کرنا ہوتا ہے۔ نوزائیدہ میں ممکن ہے کہ اُن سوالات پر جن پر

---

[۵] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1908

صحیح النسبی کی فصل میں بحث کی گئی ہے غور کرنا پڑے۔
اگر کسی بچہ کے متعلق یہ بیان کیا جائے کہ جعلی (supposititious) ہے تو طبیب کا یہ فرض ہے کہ وہ بچہ کا معائنہ اس نقطۂ نظر سے کرے کہ اس کو پیدا ہوئے کتنا عرصہ ہو چکا ہے اور فرضی ماں کا معائنہ حالیہ وضع حمل کی امارات کے لئے کرے۔ اگر جعلسازی اس قدر کامیابی سے انجام دی گئی ہو کہ شک پیدا ہونے سے قبل ولادت کو (جب کہ وہ عورت گذشتہ زمانہ میں ایک پورے میعاد کا بچہ جن چکی ہو) کچھ عرصہ گذر جائے تو ممکن ہے کہ کھوج لگانا آسان نہ ہو۔ تازہ وارداتوں میں غالباً ماں کی حالت اور بچہ کی حالت میں مطابقت نہیں پائی جاتی کیسی عورت کے لئے یہ مشکل ہے کہ وہ عین وقت پر ایک نوزائیدہ بچہ حاصل کرلے۔ لہٰذا اس امر کی علامات سے کہ بچہ اس سے زیادہ عمر کا ہے کہ جتنا زچگی کی بیان کردہ تاریخ سے پایا جاتا ہے فریب ظاہر ہو جاتا ہے۔ اگر تصنعی ولادت کے بعد تین چار دن کے اندر اندر عورت کا معائنہ کیا جائے تو تازہ وضع حمل کی معمولی امارات موجود ہونی چاہئیں۔ جب طبیب کو کسی زچہ عورت کا معالجہ کرنے کی غرض سے بلایا جائے اور وہ بچہ پیدا ہونے کے بعد پہنچے تو اس کا فرض ہے کہ وہ اس امر کے متعلق اپنا اطمینان کرے کہ اس عورت کا وضع حمل ابھی ہوا ہے اور یہ کہ بچہ تازہ مولود ہے۔ نیز مشیمہ کا بھی معائنہ کرنا چاہئیے۔ ایسا کرنا خالص قبالت کاری کے نقطہ نگاہ سے بھی بالکل قدرتی طریق عمل ہے اور اس پر کوئی معقول اعتراض نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن اگر ان تفتیشات کو روکنے کی کوشش کی جائے تو اس سے شک پیدا ہوتا ہے۔
ایسی صورت میں زوردار لیکن تلطف آمیز اصرار سے کام لینا چاہئیے۔ اس بیان کا اطلاق امیر اور غریب دونوں پر ہوتا ہے۔ اوّل الذکر میں ممکن ہے کہ کسی جائداد کا جائز توارث مخدوش ہو جائے۔ ثانی الذکر میں کسی مفروضہ عصمت دری کرنے والے سے بجبر روپیہ وصول کرنا منظور ہوتا ہے۔ اگر مطلوبہ امتحان کی اجازت دینے سے قطعی انکار کر دیا جائے تو اس صورت میں یہ بیان کر دینا چاہئیے کہ اسکے کیا کیا امکانی نتائج ہو سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی اعتراض

کیا جائے تو اس امر کا شک کرنے کے لئے معقول وجہ ہے کہ معاملہ نیک نیتی پر مبنی نہیں ہے۔

باقی ماندگی

(Survivorship)

جب دو یا زیادہ افراد جن کا کسی جائداد کی وراثت سے حقیقتاً یا قیاساً تعلق ہو ایک ہی حادثہ سے ہلاک ہو جائیں تو اس امر کی تحقیقات کہ ان دونوں افراد میں سے پہلے کون ہلاک ہوا ہے، دوسرے افراد کے لئے جن کا وراثت سے تعلق ہو، بہت اہمیت رکھتی ہے۔ عینی شہادتوں کی عدم موجودگی میں یہ تحقیقات بہت حد تک قیاس پر مبنی ہوتی ہے۔ لہذا عدالہائے مرافعہ (courts of appeal) کے فیصلہ جات ثانی ہیں ہر مقدمہ کی تحقیقات کو عمومی وجوہات مثلاً اختلاف عمر و اختلاف صنف پر مبنی نہیں کیا جاتا بلکہ ان واقعات کے موازنہ پر مبنی کرنے کا رجحان پایا جاتا ہے جو پایہ ثبوت کو پہنچ سکیں۔ اگر فیصلہ کن شہادت موجود نہ ہو اور دو اشخاص ایک جیسے حالات کے ماتحت اور ایک ہی سبب سے مرے ہوں تو ان کو جہاں تک کہ وارثت کا تعلق ہے بیک وقت مرا ہوا تصور کیا جاتا ہے۔

اس امر کے متعلق کہ جب مشترکہ موت کا سامنا ہو، تو ایک شخص دوسرے شخص کی بہ نسبت زیادہ دیر تک زندہ رہنے کا کہاں تک امکان رکھتا ہے، متعدد قواعد مرتب کئے گئے ہیں۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ عمر، صنف، جسمانی طاقت اور مخصوص وسائل سے (مثلاً تیرنے کی استعداد سے اس وقت جبکہ موت کا سبب اغراق ہو) ایسی زبردست قیاسی شہادت حاصل ہوتی ہے کہ اس سے باقی ماندگی دریافت کرنا حق بجانب ہے۔ ان مختلف حالات کے کیا کیا امکانی اثرات ہیں یہ امر اسالیب موت کی بحث کے دوران میں بیان کیا گیا ہے۔

باب ۱۲

بیمۂ زندگی

(Life Assurance)

بیمہ کمپنیاں طبیبوں کی خدمات سے دو حیثیتوں سے تمتع اندوز ہوتی ہیں۔ ایک چیف میڈیکل افسر (chief medical officer) کی حیثیت سے اور ایک طبّی ممتحن (medical examiner) کی حیثیت سے۔ ہر کمپنی کے پاس ایک مشیر اعلیٰ (chief adviser) اور لاتعداد طبّی ممتحن ہوتے ہیں۔ مشیر اعلیٰ ان درخواست کنندگان کے متعلق ممتحن کا کام انجام دیتا ہے جو صدر دفتر میں حاضر ہوتے ہیں۔ اسکے علاوہ وہ ملک کے مختلف حصص کے طبّی ممتحنوں سے جو رویدادیں آتی ہیں۔ ان کو پڑھتا اور ان پر تنقید کرتا ہے۔ نیز وہ جماعت منتظمان (Board of Directors) کیلئے ایک مددگار (assessor) یا رفری (referee) کا کام کرتا ہے۔ اور ان کو کسی علامت مرض کی اہمیت یا کسی شخصی یا خاندانی سرگذشت کی تفاصیل کی اہمیت کے متعلق مشورہ دیتا ہے جب کوئی زندگی کسی مرض کی موجودگی یا اسکی جانب میلان کی وجہ سے اول درجہ کی متصور نہ ہو سکے تو دستور یہ ہے کہ درخواست کنندہ کی اصلی عمر میں چند سال کا اضافہ کر کے اسی نسبت سے زائد سالانہ رقم کا مطالبہ کیا جاتا ہے۔ ان حالات میں مشیر اعلیٰ کو زندگی کی اغلب مدت کا اندازہ لگانا ہوتا ہے۔ اور اس امر کا دریافت کرنا کہ درخواست کتنی عمر کے مطابق منظور کی جائے۔ نیز اس کو اپنا اطمینان کرنا ہوتا ہے کہ ممتحنوں کی رویدادوں میں کوئی غلطی یا فروگذاشت نہیں ہے۔ اور اگر اس کو کسی تناقض کا پتہ چل جائے تو اس کا فرض ہے کہ دفتر کی معرفت یا براہ راست خط و کتابت کر کے ممتحن سے جواب طلب کرے۔

طبّی ممتحنوں کا انتخاب یا تو محاسب (actuary) کرتا ہے یا کسی قصبہ

میں کمپنی کی شاخ قائم ہو تو وہاں کا عہدے دار کرتا ہے۔ بڑے شہروں میں تمام درخواست کنندگان کو ایک ہی طبیب کے پاس بھیجا جاتا ہے اور وہ اس طرح سے کمپنی کا مشیر بن جاتا ہے۔ دیہاتی مقامات میں کوئی بھی طبیب جس کی جائے رہائش درخواست کنندہ کی جائے رہائش سے قریب واقع ہو انتخاب کیا جا سکتا ہے۔ اگر بیمہ بہت بڑی رقم کا ہے تو ممکن ہے کہ دفتر یہ مطالبہ کرے کہ درخواست کنندہ کا امتحان دو طبیب انجام دیں بداہتہً اس کا مقصد یہ ہے کہ جسم کے مختلف اعضا کی طبیعی حالت اور فعلیاتی قوت کی حتی الامکان پوری پوری تحقیق کر لی جائے۔ اس تحقیق کی انجام دہی کے لئے یہ ضروری ہے کہ دونوں طبیب جدا جدا امتحان کریں لیکن اس طریق کار کی بالعموم تخصیص نہیں کی جاتی اور چونکہ حریف دفتروں کے درمیان مقابلہ بہت سخت ہوتا ہے لہذا کارندے (agents) طبیبوں کا مشترکہ امتحان پسند کرتے ہیں مبادا دو جداگانہ امتحان کروانے کا خوف درخواست کنندہ کے لئے مانع ثابت ہو۔

147

روئدادوں کے متعلق بیمہ دفتروں کی ضروریات مختلف ہوتی ہیں بعض دفتر مکمل طور پر ترتیب دیئے ہوئے مطبوعہ نقشے (forms) مہیا کرتے ہیں جن میں تمام ضروری استفسارات بتائے ہوتے ہیں اور جن میں شخصی اور خاندانی سرگذشت کے متعلق ایک طویل سوالات کا سلسلہ ہوتا ہے، جن کا درخواست کنندہ کو جواب دینا ہوتا ہے۔ یہ استفسارات ایک ایک کر کے کئے جاتے ہیں اور طبیب ان کے جوابات اسی وقت جبکہ امتحان کیا جاتا ہے درج کر لیتا ہے۔ مکمل سوالات کے مطبوعہ فارم کا ایک صریح فائدہ یہ ہے کہ ان کے دستور العملی طرز (routine) کی وجہ سے کم و بیش نازک نوعیت کے سوال پوچھے جا سکتے ہیں بغیر اس کے کہ کوئی رنجش پیدا ہو۔ مذکورۂ بالا امر کا آتشک پر بالخصوص اطلاق ہوتا ہے جس کی مخفی شکل میں موجودگی کے امکان کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیے۔ بعض دفتر طبیب کو درخواست کنندہ کے امتحان کے لئے جو خط بھیجتے ہیں اس میں بڑے بڑے موضوع، جن کے متعلق آگہی کی ضرورت ہے، واضح کر دیئے جاتے ہیں، اور اس کو ہدایت کی جاتی ہے کہ وہ ایک روئداد بہم پہنچائے جو مناسب کے نام خط کی شکل میں ہو۔ جب یہ صورت ہو

تو درخواست کنندہ خاندانی اور شخصی سرگزشت کا بیان خود پُر کرتا ہے اور دفتر کو براہ راست بھیج دیتا ہے۔

یہ تمام بیانات مکمل طور پر صحیح ہونے چاہئیں۔ کوئی غلطی خواہ یہ غیر ارادی بھی کیوں نہ ہو، معاہدہ کو کالعدم کر دیتی ہے۔ علاوہ دیگر سوالات کے درخواست کنندہ کو یہ پوچھا جاتا ہے۔ کہ اُسے کسی دیگر دفتر نے نامنظور تو نہیں کیا۔ اس سوال کے براہ راست جواب سے بچنے کی ذرا سی کوشش بھی معاہدہ شکن ہوگی۔ ایک مثال میں درخواست کنندہ نے یہ بیان کیا تھا کہ وہ ہنوز دیگر دفاتر سے خط و کتابت کر رہا ہے لیکن یہ نہ کہا کہ جن دفاتر کو اس نے سابق میں درخواست دی تھی ان کے ہاں سے وہ نامنظور ہو چکا ہے۔ ایک اور نے صرف یہ بیان کیا کہ وہ دیگر دفاتر میں بھی بیمہ کرا چکا ہے لیکن یہ نہ کہا کہ وہ کئی دفاتر کے ہاں سے نامنظور بھی ہو چکا ہے۔ ان دونوں مقدمات میں عدالت نے معاہدہ کو کالعدم قرار دیا (Lond. Ass. Co., v. Mansel, II Ch. D 370 ; Gen. Prov. Ass. Co., ex-parte Daintree, W. R. 1870. "تمہارا معمولی طبی مشیر کون ہے" اس سوال میں وہ شخص بھی شامل ہے جو کہ عین اسوقت پر اس کا معالج ہو خواہ وہ معمولی مشیر نہ بھی ہو۔ برخلاف اس کے یہ کافی نہیں ہے کہ جس طبیب سے اتفاقیہ سب سے آخر میں مشورہ طلب کیا گیا ہو۔ اسی کا نام لے لیا جائے اور معمولی طبی مشیر کا نام حذف کر دیا جائے۔ کیونکہ سوال کا مقصد اسی طبی مشیر کا نام دریافت کرنا ہے جو درخواست کنندہ کی صحت کے متعلق رائے دینے کا سب سے زیادہ اہل ہو (Everitt v. Desborough, 5 Bing. 508)۔ اگر درخواست کنندہ بیان دیتے وقت سچائی کے ساتھ یہ کہے کہ اسے کبھی کوئی شدید مرض نہیں ہوا لیکن بعد میں قبل اس کے کہ بیمہ پر عملدرآمد ہو وہ خطرناک طور پر بیمار ہو جائے اور دفتر کو خبر نہ کرے (Canning v. Farquhar L. R., Q.B.D. 1886) تو معاہدہ کالعدم ہو جاتا ہے۔ تاہم چونکہ کسی مرض کی علامات کی ناویل نہ جاننا قابل معافی ہے لہٰذا اسکے لئے کچھ نہ کچھ رعایت کرنا ضروری ہے۔ مثلاً ایک درخواست کنندہ نے ایک سوال کے جواب میں بیان کیا کہ اس کو نقرس کبھی نہیں ہوا حالانکہ وہ اس مرض کی بعض علامات میں مبتلا رہ چکا تھا اور وہ اس سے لاعلم تھا۔ عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ چونکہ ان علامات کی

نوعیت کو صرف ایک طبیب ہی شناخت کر سکتا ہے ، لہذا درخواست کنندہ سے معقول طور پر یہ توقع نہیں کی جاسکتی کہ وہ ان کو جانتا ہو (Fowkes v. Manch.and Lond. Ass. Co. 3 F.&F. 440) ۔ درخواست کنندہ پر جو دیگر سوالات کئے جاتے ہیں ان کے صحیح معنی اور تاویل عدالتی تحقیقات کا مبحث رہے ہیں خون تھوکنے سے ایسا خون تھوکنا مراد لیا گیا ہے جو حیات کو کوتاہ کرنے کا رجحان رکھنے والے مرض کا نتیجہ ہو۔ ایسا نہیں کہ جو اتفاقی سبب کا یا معدہ کے عارضی تقرح کا نتیجہ ہو۔ اس طرح کھانسی سے مراد ایسی کھانسی ہے جو بنیٔ اصل کی ہو اور ایک عارضی تکلیف نہ ہو۔ مزید براں جب کسی درخواست کنندہ نے یہ بیان دیا ہے کہ اس کو کبھی نوبت نہیں ہوئی اور نہ اس میں نوبت کا رجحان پایا جاتا ہے تو اس سے یہ مراد نہیں لی گئی کہ اس کو کبھی نوبت ہوئی ہی نہیں بلکہ یہ کہ وہ بنیاً یا عادتاً اس میں مبتلا نہیں ہے ۔ اس مثال میں بیمہ کی تاریخ سے کئی سال قبل درخواست کنندہ کو گرنے کے وجہ سے دو صرعی نوبتیں ہوئی تھیں۔ جن میں بہت تھوڑا وقفہ تھا ۔ لیکن جیوری (Jury) کو اطمینان تھا کہ ان نوبتوں کا کبھی توالی نہیں ہوا (Chattok v Shaw, I M.&R. 498; Shilling v. The Acc. —Death Ass. Co., I F. &F. 116)

بوقت امتحان درخواست کنندہ اور ممتحن کے سوا کوئی شخص موجود نہ ہونا چاہیئے سب سے پہلی چیز جو ملاحظہ کرنی چاہیئے وہ درخواست کنندہ کی عمومی صورت وشکل ہے ۔ یعنی چہرے کا رنگ، جلد کا باصحت یا ضعفی رنگ ۔ ناک یا گالوں پر کلاں شدہ وریدوں کا وجود ۔ آنکھوں میں سرخی یا پھلاوٹ اور نیز عمومی بشرہ یعنی آیا وہ کسی پوشیدہ طبیعی مرض یا ذہنی تشویش کا پتہ دیتا ہے یا نہیں۔ پھر معلوم کرنا چاہیئے کہ درخواست کنندہ کی چال کیسی ہے شخصیت، عدم التساق یا طبعی حالت سے کوئی دیگر اختلاف موجود ہے یا نہیں. زبان، مسوڑوں دانتوں اور حلق کی حالت کیا ہے ۔ فتق (hernia) یا کسی دیگر مرضیاتی حالت کی موجودگی کے متعلق سوالات کرنا چاہئیں۔ قد اور وزن اور چوتھی پسلی کے لبول پر شہیق اور زفیر دونوں حالتوں میں سینہ کا ماپ دریافت کرنا چاہیئے سینہ کا پھیلاؤ دیکھنا چاہیئے اور رفتار تنفس اور

رفتارِ نبض گننی چاہیئے ۔ یہ دونوں درخواست کنندہ کے عصبی اضطراب سے متاثر ہوتی ہیں ۔ (جلد کو برہنہ کرکے) قلب اور پھیپھڑوں کا معمولی طریقہ پر امتحان کرنا چاہیئے اور نتائج درج کرنے چاہئیں پھیپھڑوں کے راسوں کے آگے اور پیچھے کی جانب خاص توجہ مبذول کرنا چاہیئے بالخصوص اگر خاندانی سرگذشت سل (phthisis) کی طرف اشارہ کرتی ہو ۔ اصوات تنفس کی کیا نوعیت ہے ۔ کرختگی، حویصلی تنفس، اور زفیری آواز کی اطالت، نیز راسوں کی بڑھی ہوئی گمک (resonance) ، یہ سب اہمیت رکھتی ہیں ۔ اگر کوئی قلبی خریر (murmur) موجود ہو تو یہ درج کرنا چاہیئے کہ کونسے مصراع مبتلا ہیں ۔ خریر کی کیا نوعیت ہے ۔ اگر خریر، طبلقی بازروی (mitral regurgitant) کی ہو تو یہ تحقیق کرنا انسب ہے کہ یہ پیچھے کی جانب کہاں تک سنائی دیتی ہے ۔ کیونکہ اس سے بازروی کے درجہ اور بنا بریں ضرر کی اہمیت کا پتہ ملتا ہے ۔ بعض عصبی المزاج اشخاص میں سماع الصدر لگانے پر ایک آواز سنائی دیتی ہے جو عضوی اصل کے خریر سے ملتی جلتی ہے ۔ لیکن جب امتحان کی اہم نوعیت کا وہ اثر جو عصبی نظام پر پڑتا ہے زائل جاتا ہے تو یہ آواز بھی غائب ہوجاتی ہے ۔ یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ بسا اوقات مضبوط اور تندرست آدمی بھی اس طرح غیر معمولی درجہ تک متاثر ہوسکتے ہیں اور اگر انھوں نے پہلے کبھی امتحان نہ کرایا ہو اور ان کا یہ خیال ہو کہ ممکن ہے کوئی پوشیدہ مہلک مرض ہوجائے تو ان کو بڑا ذہنی اضطراب ہوتا ہے ۔ اگر خاندانی یا ذاتی سرگذشت نقرس کی ہے تو نبض کا تناؤ اور روزانہ قارورہ کی مقدار اور رنگ ملاحظہ کرنا چاہیئے ۔ تمام مثالوں میں قارورہ کے اس نمونہ کا بھی معائنہ کرنا چاہیئے جو ممتحن کے روبرو کیا جائے اور ایسی احتیاطات کے ساتھ خارج کیا جائے کہ فریب کا امکان نہ رہے ۔ اس کا خالی آنکھ (naked-eye) کے سامنے کیا منظر ہے ۔ اسکا تعامل اور کثافت نوعی کیا ہے آیا البومن موجود ہے یا نہیں ۔ اگر البومن (albumen) موجود ہو تو قارورہ کا بائنگ کے لیے خردبینی معائنہ کرنا چاہیئے ۔ ادھیڑ عمر اور اس سے زیادہ عمر کے درخواست کنندگان کی صورت میں اور بالخصوص اگر قارورہ پھیکے رنگ اور کم کثافت نوعی کا ہو تو البومن کے سرسری امتحان کے علاوہ کچھ اور بھی کرنا چاہیئے

جیسا کہ خوب معلوم ہے۔ ذرّاتی گروہ (granular kidney) کے مریضوں کا قارورہ ہلکے رنگ اور کم کثافت نوعی کا ہوتا ہے اور اکثر اوقات اس میں البومن کا محض شائبہ ہی ہوتا ہے بلکہ بعض اوقات البومن بالکل نہیں ہوتا۔ اگر نائٹرک ترشہ کے ذریعہ ایسے قارورہ کا امتحان بے پرواہی سے کیا جائے تو یہ البومن سے مبرا معلوم ہوگا حالانکہ ممکن ہے کہ اس میں ذرا سا البیومن موجود بھی ہو۔ ترشہ کا اضافہ کرنے کے بعد مونہ کو پانچ دس منٹ تک پڑا رہنے دینا چاہیئے اور اس کا دوبارہ معائنہ کرنا چاہیئے۔ امتحانی نلی کو قارورے سے تقریباً پورا بھر کر کے بالائی طبقہ کا اُبال لازم ہے اگر اس جگہ جہاں حرارت پہنچائی جاتی ہے ایک خفیف سا غبار پایا جائے اور اسٹیٹک ایسڈ (acetic acid) کے چند قطرات کا اضافہ کرنے سے یہ قایم رہے تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ البومن کی ایک نہایت ہی قلیل مقدار موجود ہے۔ اگر قارورہ قلوی تعامل رکھتا ہو تو اس کو اُبالنے سے قبل اس میں ایسٹک ترشے (acetic acid) کے چند قطرات ملاکر اسکے تعامل کو خفیف ترشئی بنا لینا چاہیئے۔ اگر کثافت نوعی ۱۰۲۰ سے زیادہ ہو یا ایسی صورت میں جبکہ ذیابیطس کا شک کرنے کی وجوہات ہوں قارورہ کا شکر کیلئے امتحان کرنا چاہیئے جب قارورہ میں البیومن ہو یا کوئی دیگر غیر طبعی حالت پائی جائے تو زندگی کی اغلب مدت کیا ہوتی ہے یہ بحث اس کتاب کے دائرہ سے خارج ہے۔

149 بعض اوقات بیمہ کمپنیاں درخواست کنندہ کے طبّی مشیر کو ایک علیحدہ نقشہ ارسال کر دیتی ہیں اور ان سوالات کا جواب ان میں چھپے ہوتے ہیں جواب چاہتی ہیں طبّی مشیر کو یہ اختیار حاصل ہے کہ ان کا جواب دے یا نہ دے لیکن اگر وہ جواب دے اور فیس قبول کرلے تو وہ پابند ہوجاتا ہے کہ مکمل طور پر اور بے کم و کاست جواب دے۔ بعض دفاتر طبّی مشیر سے استفسار کرنے کے لئے درخواست کنندہ کی اجازت مانگتے ہیں اور اگر اجازت حاصل ہو جائے تو فرض کر لیا جاتا ہے کہ مشیر طبی اس مخصوص صورت میں فنی راز داری کے فریضہ سے سبکدوش ہوگیا ہے۔ دفتر، طبی رفیری (referee) کے جوابات کو راز میں

رکھنے کا وعدہ کرتا ہے لیکن اس دستاویز کو مراسلۂ منفی (privileged commu-nication) قرار نہیں دیا جاسکتا اور اگر بعد میں کارروائی کی جائے تو دستاویز کو عندالضرورت پیش کیا جاسکتا ہے ۔ اس چیز کا اطلاق غیر فنی رفیری پر بھی ہوتا ہے ۔ (Mahoney v. Nat. Widows' Fund, 19 W. K. 722) طبی رفری (referee) اس معلومات کے عوض میں جو وہ بہم پہنچاتا ہے کوئی فیس وصول نہیں کر سکتا تاوقتیکہ دفتر اور اس کے مابین اس مطلب کا معاہدہ نہ ہوچکا ہو ۔

زمانہ ماضی میں یہ دستور تھا کہ بیمہ دفتر، خودکشی سے واقع شدہ موت کو بیمہ سے خارج قرار دیتے تھے ۔ یہ تحدید اس امر کا موجب ہوئی کہ جنون کے متعلق جو کہ فعل خودکشی کا ایک سبب ہے طبی قانونی بحث پیدا ہوگئی ۔ یہ طے ہوچکا ہے کہ لفظ خودکشی کے معنی (homicidium sui ipsius) یعنی موت بدست خود ہیں نہ کہ محض مجرمانہ خودکشی ۔ "اس معنی میں ہر ایسی واردات شامل ہے جس میں کوئی آدمی اپنے فعل کے عواقب کو جانتے بوجھتے ہوئے اور اس فعل کو ارادتاً کرتے ہوئے اور اس کے عواقب کو پیدا کرنے کا مقصد رکھتے ہوئے اپنے آپ کو ہلاک کر دے" (Clift v. Schwabe, 3 C.B. 437) زمانہ موجودہ میں یہ دستور ہے کہ باقی ذمہ داریوں کے ساتھ خودکشی کا بھی ذمہ لیا جاتا ہے اس شرط کے ساتھ کہ خودکشی کے سبب سے موت ایک خاص وقت سے پہلے واقع نہ ہو جو کہ اکثر دفاتر نے پہلے پریمیم کی ادائی سے ایک سال بعد مقرر کیا ہے ۔ دوسرے لفظوں میں بیمہ کی تاریخ منظوری کو ایک سال گزر جانے کے بعد جو قسط واجب الادا ہوتی ہے اگر اس کو ادا کر دیا جائے اور بیمہ کی پہلی تجدید کر دی جائے تو دفتر خودکشی کی ذمہ داری لے لیتا ہے ۔ اور خودکشی واقع ہوجانے کی صورت میں بیمہ کی رقم ادا کر دی جاتی ہے ۔ بعض دفاتر قدیم رواج پر ہی عمل کرتے ہیں یعنی اگر بیمہ دار خودکشی کر لے تو اس کے قانونی قائم مقام کو صرف وہ زر واپس کر دیتے ہیں جو کہ پریمیم (premium) کی صورت میں ادا کیا جاچکا ہے ۔

درخواست کنندہ کو اپنی ذاتی اور خاندانی سرگذشت کے متعلق جو معلومات مہیا کرنی پڑتی ہے وہ حسب ذیل ہے ۔

نام، عمر، معاشرتی رتبہ ۔ کیا آپ کو ذیل کے امراض میں سے کبھی کوئی مرض ہوا ۔ دورانِ سر (dizziness) بے ہوشی، صرع، کسی قسم کا تشنج، سکتہ، شلل، نظامِ عصبی کا کوئی مرض شدید یا متواتر دردِ سر، کانوں سے اخراج ۔مزمن کھانسی، یا بیٹھی ہوئی آواز دمہ یا دیگر صدری امراض ۔خون تھوکنا ۔ قلب کا مرض یا فعلیاتی اختلال ۔بدہضمی، مرض اسہال کلوی یا کبدی یا معائی قولنج ۔ بواسیر، ناسور اور معاء مستقیم کے دیگر امراض. گردہ یا مثانہ کے امراض تضییق، آتشک اور دیگر زہروی امراض (venereal diseases) ملیریا یا دیگر تپ ۔ رثیت (rheumatism) یا نقرس (gout) ۔سرطان، سلعہ، قرح، یا مزمن جلدی مرض ۔اگر آپ کو کوئی اور علالت یا مرض یا تضرر ہوا ہو تو اس کی پوری پوری تفاصیل بیان کریں ۔کیا آپ کا وزن حال میں بڑھ گیا ہے یا کم ہوگیا ہے ۔آپ نے سب سے آخر کس سے مشورہ طبی کی تھی اگر الکہل، تمباکو اور دیگر مخدرات کے استعمال کی عادت تھی یا اب ہے تو بیان کریں ۔کیا آپ کبھی کسی دارالمجانین یا پناہ گاہ میں زیر علاج رہے ہیں ۔ کیا اس وقت آپ کی صحت جہاں تک کہ آپ کو معلوم ہے یا جہاں تک آپ باور کرتے ہیں، اچھی ہے ۔

خاندانی سرگذشت میں درخواست کنندہ کے باپ اور ماں کی عمر اور ماں اور باپ کے والدین کی عمر، درخواست کنندہ کے بھائیوں اور بہنوں کی عمر اور نیز ان سب کی صحت کا بیان شامل ہے ۔اگر ان میں سے کوئی مرگیا ہو تو بوقت موت اس کی کیا عمر تھی اور سبب موت کیا تھا اور مہلک مرض کی کیا مدت تھی، یہ چیزیں پوچھی جاتی ہیں ۔

بیمہ زندگی میں طبی روئداد کا نقشہ

ڈیل ڈول اور عمومی شکل وصورت ؟	سینہ کا ناپ چوتھی پسلی کے لیول پر پورے شہیق میں
ظاہرا عمر؟	گہرے زفیر میں ؟
وزن ؟	سانسوں کی تعداد فی منٹ ؟
قد و قامت ؟	کیا تنفس کی نوعیت میں کوئی غیر طبعی چیز ہے؟
شکم کا ناپ ناف کے لیول (level) پر ؟	کیا اعضاء تنفس کے حاد یا مزمن مرض کی کوئی

علامت ہے ؟

150 نبض کا تناؤ اور رفتار بیان کریں ؟

کیا یہ نبض متغیر (intermittent) ہے یا باقاعدہ ؟

کیا قلب یا عروق دموی میں مرض کی علامت ہے ؟

قارورہ کا جو بوقت امتحان خارج کردہ ہو امتحان کریں اور بیان کریں کہ :-

شفاف ہے یا گدلا ؟ اس کا رنگ ؟

اس کی کثافت نوعی ؟ اس کا تعامل ؟

البومین موجود ہے ؟ شکر موجود ہے ؟

خردبینی امتحان کا نتیجہ کیا ہے ؟

درخواست کنندہ سے کیا آپ ذاتی طور پر شناسا ہیں ۔ اگر ہیں تو کتنے عرصہ سے ؟

کیا کوئی جسمانی بدساختگی یا بصارت اور سماعت کی خرابی موجود ہے یا کسی عضو کا کوئی حصہ مفقود ہے ؟

کیا درخواست کنندہ پر بجد ربڑ رسانی کامیابی کی جا چکی ہے ؟

کیا اس کو فتق ہے ؟

کیا اس کے پیشہ یا سکونت میں کوئی ایسی چیز تو نہیں جو ذمہ داری پر اثر انداز ہوتی ہو ؟

کیا آپ کو اطمینان ہے کہ درخواست کنندہ کی طبعی حالت، عادات، ذاتی یا خاندانی سرگذشت میں کوئی ایسی چیز نہیں ہے جو اس کی زندگی کو کوتاہ کرنے کا رجحان رکھتی ہو اور صاف طور پر بیان نہ کی گئی ہو ؟

کیا آپ درخواست کنندہ کے بیمہ کیلئے غیر مشروط طور پر سفارش کرتے ہیں ؟

موت کا بار ثبوت بیمہ شدہ کے نمائندگان کے سر پر ہے کہ وہ بیمہ کنندگان کے سامنے تسلی بخش شہادت پیش کریں (Strong v. Harvey, 3 Bing. 304; Braunstein v. Acc. Death Ass. Co., I B. & S. 782) معمولی واقعات میں ضلع کے رجسٹر یا عمومی رجسٹر کے اندراج کی ایک مصدقہ نقل درکار ہوتی ہے، لیکن بالعموم متوفی کے طبی مشیر کی جانب سے ایک مزید سند کی ضرورت ہوتی ہے جس میں سبب موت اور مدت المرض درج ہو۔

حادثات کا بیمہ

حادثات کے بیمہ سے کمپنیوں کا مقصد ایسے تضرارات یا ایسی موت کا بیمہ کرنا ہے جو صرف اتفاقی سبب سے ہوں ۔ لہٰذا بیمہ میں اس مطلب کے الفاظ شامل ہوتے

ہیں کہ بیمہ مذکورہ ایسے تضررات پر اطلاق پذیر نہیں ہوتا جو فطری مرض کا یا کمزوری یا مرض سے پیدا شدہ خستگی کا نتیجہ ہوں۔ تضرر سے پیدا شدہ مرض اور مرض سے پیدا شدہ تضرر بالعموم خارج ہوتے ہیں۔ نزاعی صورتوں میں ان تحدیدات کی کیا تاویل کی جائے یہ امر کثرت سے مقدمہ بازی کا منبع ہے۔

مثلاً ایک آدمی کو جو کہ حادثہ کا بیمہ کرائے ہوئے تھا اس وقت جبکہ وہ کسی ندی کو عبور کر رہا تھا ، صرع کا حملہ ہوا اور وہ ڈوب گیا۔ دفتر نے بیمہ کی ادائی سے اس بنا پر انکار کر دیا کہ موت کا حقیقی سبب دورہ یعنی مرض ہے۔ لیکن عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ چونکہ موت غرقابی کی وجہ سے ہوئی ہے لہذا باوجود دورہ کا نتیجہ ہونے کے یہ ایک حادثہ کی نوعیت رکھتی ہے۔ اسی طرح کے ایک اور واقعہ میں ایک آدمی کو جبکہ وہ اسٹیشن کے پلیٹ فارم (platform) پر کھڑا تھا دورہ ہوا اور وہ لائن کے وار پار گر پڑا اور ٹرین (train) سے ہلاک ہو گیا۔ اس مقدمہ میں بھی دفتر ہی کو ذمہ دار قرار دیا گیا (Lawrence v. Acc. Assur. Co., L.R. Q. B. D. 1881) ایک بیمہ میں فتق یا کسی دیگر مرض سے واقع شدہ موت خواہ یہ فتق سے براہ راست واقع ہوئی ہو خواہ اتفاقی تضرر اور فتق دونوں سے واقع ہوئی ہو مستثنیات میں شامل تھی۔ بیمہ کرانے والا اتفاقیہ فرش پر گر پڑا اور اس کو انشقاق ہو گیا۔ وہ اس انشقاق کے اثرات سے اور اس عملیہ کے اثرات سے جو اس انشقاق کو دور کرنے کے لئے ضروری تھا مر گیا۔ فیصلہ یہ ہوا کہ موت کا سبب حادثہ ہے نہ کہ مرض فتق (Fitton v. Acc. Death Ass. Co., 17 C. B., N. S., 122)۔ تاہم ایک اور مثال میں بیمہ میں "یا کسی دیگر مرض سے" کے الفاظ کے بعد "یا کسی ثانوی سبب یا اسباب سے" کے الفاظ بڑھا دیے گئے تھے۔ بیمہ کرانے والا سرخبادہ (erysipelas) سے مر گیا۔ یہ اس کا پاؤں کسی برتن سے اتفاقاً کٹ جانے کے بعد پیدا ہوا تھا۔ عدالت نے دفتر کو مامون قرار دیا چیف بیرن (Chief Baron) نے اختلاف رائے ظاہر کرتے ہوئے یہ فیصلہ دیا کہ بیمہ میں نہ صرف اصل تضرر شامل ہے بلکہ وہ مرض بھی جو اس تضرر سے پیدا ہو امثلاً کزاز (lockjaw)، نزف (hæmorrhage)، سرخبادہ (erysipelas) اس میں شامل ہے

(Smith v. Acc. D. Ass Co., L.R. 5., Ex 302) ذیل کی مثال میں تحدیدی جملوں کی تاویل زیادہ آزادی سے کی گئی ہے۔ ایک بیمہ کرانے والا گر گیا اور اس کا شانہ مخلوع ہو گیا۔ اس کو بستر پر لٹا دیا گیا لیکن بے چینی کی وجہ سے اس کے جسم کو ہوا لگ گئی اور اس کو ذات الریہ (pneumonia) ہو گیا اور وہ اس حادثہ سے ایک ماہ بعد مر گیا۔ اس دوران میں وہ صاحب فرش ہی رہا۔ عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ بیمہ کے منشا کی رو سے اس کی موت حادثہ کا نتیجہ ہے (L. R. Q.B.D. 1889)۔ بیمہ میں ایک عام فقرہ دفتر کو ہر ایسے حادثہ کی ذمہ داری سے بری کر دیتا ہے جو بیمہ شدہ شخص کے تضرر کے بدیہی خطرہ میں پڑنے کا نتیجہ ہو۔ چنانچہ ایک بیمہ شدہ شخص دن دہاڑے ریلوے لائن کے پار ایک ایسے مقام سے گزرا جو پار جانے کے لئے مقرر نہ تھا اور ٹرین (train) سے ہلاک ہو گیا۔ عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ دفتر اس کا ذمہ دار نہیں ہے (Cornish v. Acc. Assur. Co., 23 Q. B. D 453

151 ایکٹ معاوضہ کارگراں ۱۹۰۶ء (workmen's compensation act)۔ اس ایکٹ کے تحت آقا ایسے کاریگروں کو معاوضہ ادا کرنے کے ذمہ دار ہیں جن کو "دوران ملازمت میں یا ملازمت سے واقع شدہ حادثہ کے باعث ذاتی تضرر پہنچے"۔ اگر کاریگر ہلاک ہو جائے تو یہ معاوضہ اس کے متوسلین کو ادا کیا جاتا ہے۔

"کاریگر" کی اصطلاح میں بموجب منشائے ایکٹ کے "کوئی ایسا شخص شامل نہیں ہو سکتا جو دستی محنت کے سوا کسی اور کام کے لئے ملازم ہو۔ یا جس کا مشاہرہ ۲۵۰ پونڈ سالانہ سے متجاوز ہو۔ یا جس کی ملازمت اتفاقی نوعیت کی ہو۔ یا جو آقا کے تجارتی یا کاروباری مقاصد کے لئے ملازم نہ ہو۔ یا جو پولیس کی جمعیت کا رکن ہو۔ یا جو فالتو کاریگر (outworker) ہو۔ یا جو آقا کے خاندان کا رکن ہو اور اس کے گھر میں سکونت پذیر ہو۔ بلکہ اس اصطلاح کا اطلاق مستثنیات مذکورہ بالا کو چھوڑ کر ایسے شخص پر ہوتا ہے جس نے آقا کے ساتھ خدمت یا شاگردی کا معاہدہ کیا ہو یا ایسے معاہدہ کے تحت کام کرتا ہو خواہ یہ کام دستی محنت کا کام ہو یا محرری کا کام ہو یا کسی اور قسم کا کام ہو۔

اور معاہدہ خواہ صریح ہو یا مضمر ہو۔ یا زبانی ہو یا تحریری"۔

یہ قانون اس امر کا بھی متقاضی ہے کہ جو اشخاص بعض مخصوص امراض میں مبتلا ہوں جو کہ ان کی ملازمت کی نوعیت کا نتیجہ ہوں، وہ معاوضہ کے ایسے ہی مستحق ہوں گے گویا کہ ان کو کسی حادثہ سے ذاتی طور پر تضرر پہنچا ہے۔
ان میں سے اہم تر امراض یہ ہیں: جمرہ (anthrax)، سیسہ یا پارہ یا فاسفورس یا سنکھیا کا تسمم، سراجہ (glanders)، انکلوسٹومیاسس (ankylostomiasis)، مضغوط ہوا کا مرض (compressed air illness) کان کنوں کا جھکا ہوا ہاتھ (miners' bent hand) اور جھکا ہوا گھٹنا (bent knee)، رقص المقلہ (nystagmus) محرر کا اعتقال (writer's cramp)، ٹیلیگرافسٹ کا اعتقال (telegraphists cramp)، التہاب جلد، جلد کا تقرح یا منہ اور ناک کی غشاء مخاطی کا تقرح، جو گرد و غبار یا سیالات سے پیدا ہو۔ فیکٹری اور ورکشاپ کے ایکٹ (Factory and Workshop Act) کے ماتحت ایک تصدیق کنندہ سرجن مقرر کیا جاتا ہے۔ وہ کاریگران کے معاوضہ کے ایکٹ کے مطابق اس بات کا صداقتنامہ دیتا ہے کہ فلاں شخص ایک ایسے مرض میں مبتلا ہے جس پر اس ایکٹ کا اطلاق ہوتا ہے۔
اس ایکٹ کے ماتحت طبیبوں کو رفری (referee) بھی مقرر کیا جا سکتا ہے۔
اس وقت ان کا فریضہ مختلف طبی مسائل کی تحقیق کرنا یا ان کے متعلق اطلاع دینا ہوتا ہے۔ مثلاً اگر تصدیق کنندہ سرجن ناقابلیت کا صداقتنامہ دینے یا کسی کاریگر کو ملازمت سے معطل کرنے سے انکار کر دے اور آقا یا کاریگر اس وجہ سے ناخوش ہو کہ کاریگر مذکور فی الحقیقت مندرجۂ فہرست مرض میں مبتلا ہے تو اس معاملہ کے متعلق طبی رفری (referee) سے استصواب رائے کیا جاتا ہے جس کا فیصلہ قطعی ہوتا ہے۔ اگر کسی مثال میں آقا اور کاریگر طبی امتحان کے بعد کاریگر کی حالت یا قابلیت ملازمت کے متعلق اتفاق نہ کر سکیں اور فریقین عدالت سے درخواست کریں تو اس معاملہ کے متعلق رفری (referee) سے استصواب رائے کیا جا سکتا ہے۔ موخر الذکر شخص کاریگر کا امتحان کر کے اس کی حالت اور قابلیت ملازمت کے متعلق صداقت نامہ دیتا ہے۔ اور یہ صداقت نامہ اس معاملہ کے متعلق کہ

جس کی تصدیق کی جاتی ہے قطعی شہادت تصور کیا جاتا ہے۔ دیگر فرائض یہ ہیں: ثالثی کے دوران میں جو طبی سوالات پیدا ہوں ان کے متعلق اطلاع دینا اور اگر معاوضہ وصول کرنے والے اشخاص انگلستان سے باہر رہنا پسند کریں تو ان کی حالت کا معائنہ کر کے صداقت نامہ دینا۔ کیوں کہ ایسے اشخاص صرف اسی صورت میں معاوضہ کے مستحق ہوں گے کہ ان کی ناقابلیت کے مستقل ہونے کی تصدیق کر دی جائے سب سے آخر یہ کہ ان مقدمات میں جن میں طبی نوعیت کی مشکلات پیش آتی ہیں کوئی بھی کونٹی عدالت (county court) کا جج طبی رفری (refree) کو اس غرض سے طلب کر سکتا ہے، کہ جج کے ساتھ ملکر مددگار کا کام انجام دے۔

ایکٹ معاوضہ کاریگران بے حد مقدمہ بازی کا موجب ہوا ہے، بالخصوص لفظ "حادثہ" کی تعریف کے بارے میں اور "دوران ملازمت میں یا ملازمت سے واقع شدہ" الفاظ کی تشریح کے بارے میں اور اس پیچیدگی کے بارے میں جبکہ سابق الوجود مرض ہو یا ایسا مرض ہو جو حادثہ کے بعد ہوا لیکن حادثہ کی جانب منسوب کی جائے۔ اکثر اوقات ان فیصلہ جات میں نہایت دقیق نکات پر انحصار کیا گیا ہے۔ مذکورہ بالا مقدمات کی مثال پیش کرنا گمراہ کن ہوگا تاوقتیکہ دلائل کا کسی قدر شرح و بسط کے ساتھ حوالہ نہ دیا جائے۔ مندرجہ مقدمات اور فیصلہ جات کے لئے ان بیشمار خاص کتابوں میں سے جو اس موضوع پر لکھی ہوئی موجود ہیں چند ایک ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

تمارض

152

(MALINGERING)

تمارض کے حقیقی معنی ہیں کسی منفعت کے حصول کے لئے یا محنت سے بچنے کی خاطر مرض یا تضرر کا فریب آمیز بہانہ کرنا یا اس کے اظہار میں مبالغہ کرنا۔ اس

اصطلاح کا اطلاق بے پروائی کے ساتھ ایسے اشخاص کی جماعت پر بھی کیا جاتا ہے جو اگرچہ کسی تشویشناک نوعیت کے تضرر یا بیماری میں مبتلا نہیں ہوتے تاہم غیر شعوری طور پر اپنی علامات کے سمجھنے میں یہاں تک مبالغہ کرتے ہیں کہ ان کو یقین ہو جاتا ہے کہ ان کو از روئے انصاف معاوضتی یا علالتی منفعت کا استحقاق ہے۔ یہ مسئلہ ایکٹ معاوضۂ کاریگراں ۱۹۰۶ء کے منظور ہونے پر اہم ہو گیا ہے۔ اور جب سے ایکٹ بیمہ قومی (National Insurance Act) کا ۱۹۱۲ء میں نفاذ عمل میں آیا ہے اس مسئلہ نے اور بھی نمایاں حیثیت حاصل کر لی ہے۔

ان لاتعداد دعاوی کے مقابلہ میں جو کہ متذکرہ صدر دو ایکٹوں کے ماتحت دائر کئے جاتے ہیں ایک حقیقی فریبی متمارض نسبتاً کمیاب ہے۔ لیکن اس موضوع کے متعلق کتب میں کہ جن کی تعداد اب بہت زیادہ ہو گئی ہے بہت سے فریب آمیز دعاوی بیان کئے گئے ہیں جن میں کئی ایسے ہیں جو نہایت پُر حکمت ہیں۔ چار قسم کے متمارض تسلیم کئے گئے ہیں (۱) وہ اشخاص جن کو کسی قسم کا مرض یا تضرر نہیں ہوتا۔ (۲) وہ اشخاص جو قصداً پیدا کئے ہوئے اضرار میں مبتلا ہوتے ہیں (۳) وہ اشخاص جو کسی پرانے مرض یا تضرر کو تازہ حادثہ کا نتیجہ بیان کرتے ہیں (۴) وہ اشخاص جو کسی غیر شدید نوعیت کے تضرر یا مرض میں مبتلا ہوتے ہیں اور جو قصداً اور از راہ فریب اپنی علامتوں کے اظہار میں مبالغہ کرتے ہیں۔

پہلے گروہ کی مثال میں ان اشخاص کا حوالہ دیا جا سکتا ہے جو یہ بیان کرتے ہیں کہ گرنے سے یا کسی اور حادثہ کے باعث ان کے جوڑ اکڑ گئے ہیں یا مشوہ ہو گئے ہیں اس کے لئے بسا اوقات گھٹنا منتخب کیا جاتا ہے۔ وہ شخص جو اس فریب کا مرتکب ہوتا ہے، درد سے لنگڑاتا ہوا مطب میں داخل ہوتا ہے۔ جب جوڑ کا امتحان کیا جاتا ہے تو چلاتا ہے۔ اور جب مفصل کو ٹھیک مخصوص زاویہ سے زیادہ خم کرنے کی کوشش کی جاتی ہے تو اس فعل کی بزور مدافعت کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان سے کوئی مرضیاتی حالت دریافت نہیں ہوتی۔ بعض اوقات جبکہ وہ اس خیال میں ہو کہ اسے کوئی دیکھ نہیں رہا،

باحتیاط نگرانی کرنے سے اس کے فریب کی قلعی کھل جاتی ہے۔ جب امتحان ختم ہو چکتا ہے اور طبیب بظاہر اپنی یادداشت لکھنے میں مصروف ہوتا ہے یہ دیکھا جاتا ہے کہ اس شخص نے بوٹ پہننے کے لئے اپنے اس مفصل کو جو خم کرنیکی تمام مساعی کی مدافعت کرتا تھا بآسانی جھکا لیا ہے۔ ایک اور حالت کہ جس کا بسا اوقات بہانہ کیا جاتا ہے پشت میں درد اور اکڑ ہے۔ ان مثالوں میں مریض کو یہ کہنا چاہیئے کہ وہ ٹھیک اس مقام کی طرف اشارہ کرے جہاں اُسے درد محسوس ہوتا ہے امتحان کے اختتام پر یا مابعد امتحانات میں جب ان مقامات کے متعلق اسے از سر نو پوچھا جاتا ہے تو دردناک مقامات کا ایک مختلف گردہ بتایا جاتا ہے۔ بعض اوقات برقی مورچہ کو فائدہ مندی سے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ کولی (Collie) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جو ظہری (dorsal) خطہ کے چھونے پر درد کی آواز بلند شکایت کرتا تھا۔ اس کو کہا گیا کہ جس مخصوص مرض میں وہ مبتلا ہے یہ اس کی امتیازی خصوصیت ہے کہ برقی مورچہ کوئی درد پیدا نہیں کرتا۔ جب رو لگائی گئی تو اس نے بیان کیا کہ اسے کچھ محسوس نہیں ہوتا پھر جب رو کی طاقت بڑھائی گئی تو کچھ دیر تک اس نے اسے مردانگی کے ساتھ برداشت کیا لیکن بالآخر ایک چیخ مار کر مبہوط ہو گیا اور اس نے اقرار کر لیا کہ وہ دغابازی کر رہا تھا۔ جیسا کہ جوارح کے جوڑوں کی صورت میں کیا جاتا ہے جب ایسے شخص کی نگرانی غفلت کی حالت میں کی جاتی ہے تو پشت میں درد کے فریب آمیز اظہار کی حقیقت کھل جاتی ہے۔ اکثر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ جونہی وہ اپنے پاجامہ کو اوپر کھینچنے کے لئے جھکتا ہے اس کی اکڑی ہوئی پشت فوراً سیدھی ہو جاتی ہے۔

پاٹمور (Patmore) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے جس میں امتحان سے بچنے کیلئے وسیع پیش بندیاں کی گئی تھیں۔ ایک طبی طالب علم نے اپنی ٹانگ کو پلاسٹر آف پیرس (Plaster of Paris) میں مغلف کر کے متعدد بیمہ کمپنیوں پر دعوی کر دیا۔ مختلف اطباء نے اس کو دیکھا لیکن اس غلاف سے کسی نے بھی تعرض نہ کیا۔ اور فریب کی قلعی اس وقت کھلی جب کہ ایک طبیب کو شک گزرا اور اس نے پلاسٹر (plaster) اتروانے

پر اصرار کیا ۔

153 بعض اوقات امواد غریبہ قارورہ میں ملا دیئے جاتے ہیں مارلے[1] (Morley) ایک اصابت سے دوچار ہوا جس میں ایک شخص کے متعلق یہ فرض کیا گیا تھا کہ اس کے حوض کو تضرر پہنچا ہے ۔ جب وہ دارالشفا میں تھا تو اس وقت اس نے سیاہ رنگ کے قارورہ کے جو کہ خون آلود دکھائی دیتا تھا کئی ایک نمونے پیش کئے تاہم خردبین کے نیچے ایک جسیمہ بھی شناخت نہ ہو سکتا تھا اور قاثاطیر کے ذریعہ جو نمونے نکالے گئے وہ بالکل طبعی پائے گئے ۔ اس آدمی کو زیر مشاہدہ رکھنے پر معلوم ہوا کہ اس کے پاس زعفران کے دھاگوں کا ذخیرہ ہے جنہیں اس نے اپنے قارورہ میں ڈال لیا تھا ۔

ممکن ہے کہ حواس مخصوصہ کے امراض مثلاً جزئی یا مکمل عمی (blindness) یا صمم (deafness) کا بہانہ کیا جائے ۔ ایک شخص بیان کرتا ہے کہ وہ امتحانی ٹائپ (test-type) نہیں پڑھ سکتا ۔ جب اسے ایک ایسا شیشہ لگا دیا جاتا ہے جو وہ باور کرتا ہے کہ اس کے لئے مفید ہوگا تو دفعتہً اس کی بصارت بہتر ہوجاتی حالانکہ شیشہ سادہ (plain) ہوتا ہے ۔ ایک اور مثال میں ایک شخص یہ ظاہر کرتا تھا کہ وہ سیاہ زمین پر پڑی ہوئی سفید شے نہیں دیکھ سکتا ۔ لیکن سینہ کے امتحان کے بعد جب اس نے اپنی محافظ پن (safety-pin) جسے ڈاکٹر نے قصداً میز سے دھکیل کر فرش پر گرا دیا تھا مفقود پائی تو اس نے جھٹ جھک کر اسے اٹھا لیا ۔

تصنعی صمم شناخت کرنا مشکل ہے ۔ اگر یہ ایک کان تک محدود ہو تو کانوں میں باری باری ڈاٹ لگانے سماعت کا امتحان کرنے اور پھر ڈاٹ نکال لینے سے ممکن ہے آدمی پریشان ہوجائے ۔ اور اس وقت جبکہ تندرست کان میں ڈاٹ لگا ہوا ہو اور سقیم کان خالی ہو یہ پایا جائے کہ اسے سنائی دیتا ہے حقیقی تضررات جو دعاوی کو تقویت دینے کی غرض سے بالقصد

---

[1] Int. Congr. of Med., 1913.

لگائے جاتے ہیں ان کی مثال کے طور پر جلد کے ان تضررات کو پیش کیا جا سکتا ہے جو تیز ترشوں اور دیگر خراش آوروں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ تضررات بالعموم جسم کے سامنے کے حصہ پر پائے جاتے ہیں اور اگر شخص مذکور کو زیر مشاہدہ رکھا جائے تو اندمال میں بہت سے غیر طبعی امور اور تغیرات پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے ان کو معروف جلدی امراض سے تمیز کیا جا سکتا ہے۔ نارمن واکر[ف] (Norman Walker) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس کے ہاتھوں اور بازوؤں پر لگاتار کئی ماہ تک ثوران ات رہے۔ یہ علاج سے ایک جگہ مندمل ہو جاتے تو دوسری جگہ پھوٹ پڑتے، حتیٰ کہ انگلیوں کی پوری جلد کی مکمل طور پر تجدید ہو گئی۔ قریب کا شک پڑنے پر لڑکی کو دارالشفا میں لے جا کر نگرانی میں رکھا گیا۔ اس کے کپڑوں اور بستر کی کئی بار تلاشی لی گئی لیکن کوئی شے برآمد نہ ہوئی، اور ثوران بدستور نکلتے رہے۔ آخر کار اس کے رومال میں چھپی ہوئی ایک شیشی ملی جس میں کاربالک ترشہ تھا۔ معلوم ہوا کہ وہ جب کبھی بستر سے اٹھتی تھی تو وہ شیشی کو رومال میں چھپا لیا کرتی تھی۔ جب اس سے شیشی ہٹالی گئی تو ثوران بھی سرعت سے مندمل ہو گئے۔ یہ واقعہ غالباً ہسٹیریکل (hysterical) نوعیت کا تھا۔

بعض اوقات آنکھوں میں یہاں تک خراش پیدا کی جاتی ہے کہ التہاب قرنیہ (keratitis) یا شاید التہاب کل العین (panophthalmitis) پیدا ہو جاتا ہے۔

پاؤں یا ہاتھ کی انگلیوں کی تجدیع بھی شاذ نہیں ہے۔ ایک انتہائی واقعہ ۱۹۰۵ء میں ویلز (Wales) میں ہوا تھا۔ ایک شخص نے ریلوے کمپنی کے خلاف تضرر کے ہرجانہ کا دعویٰ کیا۔ اس کا قصہ یہ تھا کہ جب وہ ٹرین (train) میں سفر کر رہا تھا ایک شدید جھٹکے نے اس کو دروازے کے آگے پھینک دیا۔ دروازہ کھلا تھا لہٰذا وہ باہر جا گرا اور بے ہوش ہو گیا اور اس وقت ہوش میں آیا جب کہ ایک اور ٹرین اس کی ٹانگوں پر سے گزر گئی۔ بعد میں ٹانگوں کو گھٹنے سے نیچے منقطع کرنا پڑا۔ کمپنی کی جانب سے یہ بیان دیا گیا کہ مدعی نے زمانہ ماضی میں

ف Brit. Med. Journ., 1910.

متعدد اخبارات خریدے تھے جن میں بیمہ کوپن تھے ۔ بجز آنکھ پر ایک رگڑ کے تضرر کے ایسے نشانات بالکل موجود نہیں ہیں جو گر جانے کی جانب منسوب کئے جا سکیں ، حالانکہ اس شخص کا وزن ۱۵ پتھر (stone) اور ٹرین ۲۸ میل فی گھنٹہ کی رفتار سے چل رہی تھی ۔ اس نے کئی شخصوں کو کہا تھا کہ اس نے خواب دیکھا ہے کہ اس کی دونوں ٹانگیں گھٹنے سے نیچے جاتی رہیں گی جس وقت وہ لائن پر پایا گیا تو حالیہ بے ہوشی کے کوئی نشانات نظر نہیں آتے تھے ۔ اور یہ کہ جب ٹرین اس مقام سے جہاں کہ حادثہ کا واقع ہونا بیان کیا گیا ہے اگلے اسٹیشن پر پہنچی تو تمام دروازے اچھی طرح بند تھے فیصلہ کمپنی کے حق میں دیا گیا۔

154 جن امراض کے متعلق فریب سے یہ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ حادثہ کا نتیجہ ہیں وہ اکثر اوقات ایسے امراض ہوتے ہیں جو کہ عضلوں یا مفصلات کو ماؤف کرتے ہیں ۔ مثلاً درد کمر (lumbago) ، نقرس ، التہاب مفصل رثیت (rheumatism) لا شعاعی امتحان اکثر اوقات فیصلہ کرنے میں مدد دیتا ہے ۔ کنج ران میں بڑھے ہوئے غدود یا گلٹیوں (buboes) کو بعض دفعہ زور لگانے (strain) کا نتیجہ بتایا جاتا ہے ۔

بعض اوقات انگلیوں یا ہاتھوں کے ان تضررات کو جو مفصلات میں کسی قدر اکڑ پیدا کر دیتے ہیں مبالغہ کر کے ظاہر کیا جاتا ہے اور کام کرنے کی قطعی ناقابلیت کا سبب بیان کیا جاتا ہے ۔ ان اصابتوں میں سے اکثر میں مالش یا مجہول حرکات کے ذریعہ مرض سے شفا ہو سکتی ہے یا مرض میں تخفیف ہو سکتی ہے لیکن مدعی علاج کروانے سے انکار کرتا ہے ۔ ایک اور قسم کا تضرر یہ ہے کہ کٹی ہوئی انگلی کے ٹنڈ میں کوئی عصب پھنس جاتا ہے جس کو دبانے سے درد ہوتا ہے اور اشیا کو ہاتھ نہیں لگایا جا سکتا ۔ ممکن ہے کہ ایک خفیف عملیہ سے یہ سب کچھ درست ہو جائے ، لیکن تاوقتیکہ یہ ثابت نہ ہو جائے کہ عملیہ خطرے سے خالی ہے اور نقص کو دور کر دے گا عدالت اس پر اصرار نہیں کرتی ۔

بعض لوگ ایسے دعاوی پیش کرتے ہیں کہ جو حق بجانب نہیں ہوتے ، تاہم وہ صحیح معنوں میں متمارض بھی نہیں ہوتے کیونکہ وہ اپنے دعاوی کو سچا باور

کرتے ہیں۔ ایسے لوگوں کی جماعت زیادہ ہے اور قانونی عدالتوں کے روبرو آنے والے مقدمات میں ان ہی کی کثرت بھی ہوتی ہے۔ اس قسم کے ایک مثالی واقعہ میں کسی شخص کو حادثہ پیش آتا ہے۔ یہ خطرناک نوعیت کا نہیں ہوتا اور اس کے اثرات سے وہ معمولی حالات میں سرعت سے شفایاب ہو سکتا ہے۔ لیکن غیر مناسب ہمدردی اور ایسے کاریگروں کے تجربات سننا جو معاوضہ وصول کر چکے ہیں۔ اور اس کو بھی اسی طرح سے نفع پہنچنے کی توقعات، ان سب امور کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اس کو حادثہ اور اسکے نتائج بڑے ہو کر نظر آتے ہیں۔ آپ پردہ دعوی کرتا ہے اور یہ دیکھکر متعجب ہوتا ہے کہ تغیرات کو جس خطرناک نوعیت کا وہ سمجھتا ہے دوسرے ان کو ویسا نہیں سمجھتے۔ اور بے انصافی کے احساس کا اس کے ذہنی تاثرات میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کو ایسے اشخاص دعوی میں استقامت کا مشورہ دیں جو اس معاملہ میں بے غرض نہ ہوں۔ یہ مقدمات اکثر اوقات جوڑوں اور عضلات اور پشت کے تغیرات کے سلسلہ میں پیش ہوتے ہیں۔ ان مثالوں اور اس ہسٹریلزدہ (hysterical) یا ضعیف الاعصاب (neurasthenic) فرد کے درمیان جس کو فعلیاتی شلل اور عدم حسیت بھی ہو تمام مدارج پائے جاتے ہیں۔

ایک اہم ذیلی گروہ ان اشخاص پر مشتمل ہے جو حادثہ کی وجہ سے طبی امتحان کراتے ہیں۔ اور سابق الوجود مرض پہلی بار دریافت ہوتا ہے۔ مثلاً ایک شخص کی آنکھ میں تنکا پڑ جاتا ہے اور امتحان پر معلوم ہوتا ہے کہ وہ شیخوخی نزول الماء (senile cataract) میں مبتلا ہے۔ زمانہ ماضی میں وہ اس مرض سے بالکل بے خبر تھا۔ کوئی بات اس کو یہ یقین نہیں دلا سکتی کہ یہ مرض مدت سے پیدا ہو رہا ہوگا اور حادثہ کا نتیجہ ہرگز نہیں ہے۔ بعض مثالوں میں عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور انیورزم (aneurism) دریافت ہوتے ہیں۔

155

باب ۱۸

طلاق طبی قانونی نقطہ نگاہ سے

ازدواج ایک معاہدہ کی حیثیت رکھتا ہے۔ لہٰذا اگر فریقین میں سے کوئی ایک فریق اس وقت جبکہ معاہدہ قرار پائے، معاہدہ کے متعلق اظہار رضامندی کا یا معاہدہ کے پورا کرنے کا اہل نہ ہو تو یہ معاہدہ قانونی طور پر واجب العمل نہیں ہوتا۔ طلاق کے متعلق دو سوال ہیں جو طبی قانون داں کے دائرہ بحث میں آتے ہیں۔ اولاً فتور العقل جو رضامندی میں مانع آتا ہے۔ یہ ایک دیوانی ناقابلیت ہے جو کہ ازدواج کو ناجائز کر دیتی ہے۔ ثانیاً نامردی یا مجامعت کی طبیعی ناقابلیت۔

جنون کا عذر، کسی مقدمہ میں ازدواج کالعدم کروانے کے لئے صرف اسی صورت میں پیش کیا جا سکتا ہے کہ یہ اختلال وقوع ازدواج کے وقت بھی موجود ہو۔ معاہدہ طے ہونے کے وقت معاہدہ کن فریقین میں سے ایک فریق کا مجنون ہونا معاہدہ کو کالعدم کر دیتا ہے کیوں کہ مجنون شخص کا جنون اس کو معاہدہ کی شرائط کے متعلق عاقلانہ منظوری دینے کے ناقابل کر دیتا ہے۔ جنون انتباہ کے بغیر شاذ ہی نمودار ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ ذہن کچھ مدت پہلے سے ماؤف ہو، اور سابقہ کیفیت ایسی نمایاں نہ ہو کہ یہ ذہنی اختلال کا شک پیدا کرے اور دفعتاً نمایاں علامات پیدا ہو جائیں۔ ایسی مثالوں میں جب شادی ہوتی ہے تو بسا اوقات ذہنی مرض کی خوابیدہ کیفیت مشتعل ہو کر حاد کیفیت میں بدل جاتی ہے۔ بعض مثالوں میں بیمار فریق کے دوست اور رشتہ دار اس شخص سے کہ جس سے معاہدہ طے ہوتا ہے مرض چھپا رکھتے ہیں اس امید موہوم کیساتھ کہ جدید خانگی تعلقات سے یہ مرض دور ہو جائے گا۔ لیکن ہمیشہ اس کا نتیجہ سب متعلقین کے لئے رنج اور شکایت ہوتا ہے۔

جب فسخ نکاح کے لئے جنون کا عذر پیش کیا جاتا ہے تو بالعموم ماؤف ذہنی حالت وقوع ازدواج کے جلد بعد دیکھی جاتی ہے۔ ہنٹر بنام ایڈنی (Hunter v. Edney) کے مقدمہ میں بیوی نے تکمیل ازدواج سے انکار کر دیا۔ اس کی ذہنی حالت کی تحقیقات سے یہ معلوم ہوا کہ وہ مالیخولیا (melancholia) میں مبتلا ہے اور غالباً کچھ عرصہ سے مبتلا رہی ہے۔ ڈگری عطا کرتے ہوئے جج نے بتایا کہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ عورت اختباطات کے تاثر سے آزاد ہو کر افعال کو سمجھنے سے قاصر ہے لہذا یہ ازدواج ایسا معاہدہ طے کرنے کی نا اہل ہے۔

عدالتِ طلاق کی کارروائی کے سلسلہ میں پیش کردہ عذر جنون نے ہنبری بنام ہنبری (Hanbury v. Hanbury) کے مقدمہ میں ایک نیا رخ اختیار کیا۔ بیوی نے خاوند کے خلاف اس کی زناکاری اور ظلم کی بنا پر بطلان ازدواج کے لئے نالش دائر کی۔ صفائی کی جانب سے یہ کہا گیا کہ جس وقت ان افعال کا جو کہ وجہ شکایت ہیں ارتکاب کیا گیا تو مستغیث الیہ جنون میں مبتلا تھا۔ صدر سر سی بٹ (Sir C. Butt) نے خلاصہ بیان کرتے ہوئے کہا۔ یہ استدلال پیش کیا گیا ہے کہ فسخ نکاح کے استغاثہ میں جنون ایک عذر ہے۔ مجھ سے یہ بعید ہے کہ اس امر پر زور دوں کہ جنون کسی حالت میں بھی عذر نہیں ہو سکتا۔ لیکن میرا خیال یہ ہے کہ اس عذر کو معقول قرار دینے کیلئے جنون کا مستقل ہونا ضروری ہے۔ شائد یہ عذر اس صورت میں معقول ہو سکتا ہے کہ کسی شخص کا جنون ایسا ہو کہ اس کو دارالمجانین میں رکھنے کی ضرورت ہو اور اس بنا پر کہ اس مرض سے صحتیابی یا افاقہ کی توقع نہیں شخص مذکور کے دارالمجانین سے نکلنے کی توقع نہ ہو۔ مذکورہ بالا مقدمے میں یک مشروط (nisi) ڈگری عطا کی گئی جس سے معلوم ہوتا ہے کہ جنون کو عدم مسئولیت کے لئے جائز عذر قرار دیا جا سکتا ہے۔ متذکرہ صدر مقدمہ میں سوال کا فیصلہ نہ ہوا کیونکہ مستغیث کثرت سے شراب پیا کرتا تھا اور یہ امر جیوری کے نزدیک وقیع ثابت ہوا۔ جہاں تک جنون کے متعلق ایک نظیر حاصل ہونے کا تعلق ہے تنقیح طلب امر خلط ملط ہو گیا۔

156

اس امر کے لئے کہ صنفی مجامعت کی انجام دہی میں حصہ لینے کی عدم قابلیت

عدالت کی نگاہ میں فسخ کی ڈگری کی بنیاد متصور ہو، یہ ثابت ہونا ضروری ہے کہ نقص وقت ازدواج بھی موجود تھا اور یہ کہ یہ مستقل نوعیت کا ہے۔ یہ ضروری نہیں کہ بدشکلی ایسی نوعیت کی ہو کہ وہ مجامعت میں قطعی طور پر مانع ہو۔ اگر اس سے جزئی رکاوٹ بھی پیدا ہوتی ہو تو بھی اسے فسخ کے استغاثہ کی بنیاد قرار دیا جاسکتا ہے۔ عدم قابلیت مستقل ہونی چاہئیے۔ اگر شفا کا امکان ہو تو خواہ یہ کیسا ہی انتہائی طور پر غیر اغلب کیوں نہ ہو، اس کو انکارِ ڈگری کے لئے کافی حجت قرار دیا جاسکتا ہے۔ لیکن اگر شفا حاصل کرنے کے لئے عملیہ کرنا زندگی کے لئے سخت خطرناک ہو، تو ایسی بدشکلی ناقابل علاج تصور کی جاتی ہے۔ اگر یہ رکاوٹ بوقتِ شادی موجود نہ ہو اور بعد میں نمودار ہو گئی ہو، تو اسے فسخ کے لئے بنیاد قرار نہیں دیا جاسکتا۔

جن مثالوں میں کوئی ظاہرا طبی نقص موجود نہیں ہوتا، ان میں یہ تحقیق کرنے کے لئے کہ کس کا قصور ہے، تین سال کی مدت تک یکجا رہنا ضروری ہے۔ لیکن یہ قاعدہ غیر متغیر نہیں ہے۔ اگر عدالت یہ سمجھے کہ دقت مستقل نوعیت کی نہیں ہے اور یہ کہ اس کے ارتفاع کے لئے کافی وقت گزر چکا ہے تو جلد تر ڈگری عطا کی جاسکتی ہے۔ ایک مثال میں ایک بظاہر قطعی طبی شہادت کی بنا پر کہ یہ نامردی مستقل ثابت ہو گی، بطلان کا فیصلہ صرف تین ماہ کی یکجائی کے بعد ہی دے دیا گیا۔ اگر خاوند یا بیوی کی ناقابلیت، مرئی اور ناقابل علاج نوعیت کی ہو جو فوراً دریافت ہو سکے، تو یہ سہ سالہ یکجائی ضروری قرار نہیں دی جاتی۔

ازدواجی مجامعت سے عمداً انکار کرنا ڈگری حاصل کرنے کے لئے ناکافی ہے۔ تاہم بیوی کا مستقل طور پر مدافعت کرنا ڈگری کے حصول کیلئے کافی تصور کیا گیا ہے۔ ایک بیوی کو خاوند کے مجامعت کی کوشش کرنے پر ہسٹریا (hysteria) کے متواتر حملے ہوتے تھے۔ اس امر کو تین سال کی یکجائی کے بعد کہ جس میں خلوت صحیحہ نہیں ہوئی، مشروط ڈگری کے لئے کافی وجہ تصور کیا گیا۔

نامردی کسی شادی کو فسخ نہیں کرتی، بلکہ اسکو صرف قابل فسخ بناتی ہے یعنی

ستم رسیدہ شخص کو فعالانہ کارروائی کرنے اور ڈگری (decree) کے لئے نالش کرنے کا حقدار بناتی ہے۔ اگر کافی وجوہات موجود رہی ہوں، مثلاً مجامعت میں کوئی مطلق طبعی رکاوٹ رہی ہو، اور شادی کے بعد خلوت صحیحہ نہ ہوئی ہو، اور خاوند اور بیوی کے دوران حیات میں کوئی کارروائی نہ کی گئی ہو، اور پھر ان میں سے ایک مرجائے، تو ان کی شادی کو کالعدم قرار نہیں دیا جاسکتا۔ اس طرح شادی کو کالعدم کرانے کی کوشش کیجا چکی ہے چنانچہ ایک خاوند کی بیوی بغیر وصیت کئے مرگئی۔ خاوند کو ان منفعتوں سے جو اس کو بیوی کے مرنے پر پہنچتی تھیں محروم کرنے کے لئے اور بیوی کی جائداد کو حاصل کرنے کے لئے، قریب ترین رشتہ دار نے دعویٰ کر دیا۔

نامردی کی بنا پر فسخ نکاح کی درخواست کرنے والے کو یہ ثابت کرنا ضروری ہے کہ شادی کے بعد خلوت صحیحہ نہیں ہوئی۔ مطلوبہ شہادت مستغیث الیہ کے تناسلی اعضا کے طبی امتحان سے حاصل ہوتی ہے، جسے عدالت کے مقرر کردہ دو طبی ممتحن انجام دیتے ہیں۔ خاوند اور بیوی ان دونوں طبی اشخاص کا انتخاب مشترکہ طور پر کرسکتے ہیں۔ اگر وہ ان کے متعلق باہم متفق نہ ہوں تو دونوں اپنا اپنا طبیب نامزد کرسکتے ہیں۔ پھر درخواست کنندہ عدالت سے استدعا کرتا ہے کہ ان طبی اشخاص کو جو منتخب کئے گئے ہیں ممتحن مقرر کیا جائے اور ساتھ ہی یہ بھی استدعا کرتا ہے کہ مستغیث الیہ امتحان کروانا منظور کرے۔ طبی ممتحنوں کے تقرر کے بعد دونوں کو مندرجہ ذیل حلف دیجاتی ہے۔ یہ حلف ان فرائض کی کہ جنکی بجاآوری کا ان سے مطالبہ کیا جاتا ہے، کافی وضاحت کرتی ہے۔

عدالت عالیہ میں بصیغہ بحری، وطلاق، و وصایا (طلاق)

اب، ج د، ڈاکٹرز آف میڈیسن (Doctors of Medicine)

ایک مقدمہ میں جو عدالت عالیہ کے صیغہ وصایا طلاق و بحری (طلاق) میں زیر سماعت ہے، موسومہ بہ ..... جو غلط طور پر .... بنام ...... کہلاتا ہے، تم کو بطور ممتحنوں کے ..... کے، جو اس مقدمہ میں مدعی ہے اور ..... کے جو غلط طور پر ..... کہلاتا ہے اور اس مقدمہ میں مستغیث الیہ ہے، تناسلی اعضا اور جسم کا معائنہ کرنے کے لئے مقرر کیا جاتا ہے۔

تم فرداً فرداً حلف اٹھاتے ہو کہ تم ایمانداری سے اور اپنی زیادہ سے زیادہ ہنرمندی کو کام میں لاتے ہوئے .... اور .... دونوں کے تناسلی اعضا اور حصص کا معائنہ کر وگے۔ متذکرہ بالا عینہ کے رائٹ آنریبل (Right Honourable) صدر کو ایک سچی اور منصفانہ تحریری اطلاع دو گے کہ آیا .... موصوف (درخواست کنندہ) فعل مجامعت انجام دینے کے قابل ہے۔ اگر ناقابل ہے، تو آیا اس کی ناقابلیت کا علاج فن یا ہنرمندی سے ہو سکتا ہے۔ نیز آیا .... موصوف باکرہ ہے یا نہیں اور اس کو کوئی رکاوٹ تو نہیں جو خلوت صحیحہ میں مانع ہو۔ اور تم میں سے ایک طبیب اس روئداد کو کہ جس پر تمہارے دستخط اور مہر ثبت ہوں اور جو احتیاط سے سربمہر کی گئی ہو صیغہ بالا کے مستجلین میں سے کسی ایک کے سپرد کر دے۔

عدالت عالیہ کے صیغہ وصایا و طلاق اور بحری کے سب سے بڑے دفتر تسجیل میں آج بتاریخ ۱۹
میرے روبرو حلف اٹھائی گئی۔ } طبی ممتحنوں کے دستخط
مستجل

عدم قابلیت کے سوال کے متعلق شہادت اس صورت میں بھی لیجا سکتی ہے کہ کسی فریق کے شخصی معائنہ کا حکم حاصل کرنے کے لئے کوئی درخواست نہ بھی دی گئی ہو۔

باب ۱۹

اس موت کے اسالیب جو زیادہ تر اختناق کا نتیجہ ہو۔

پھانسی

پھانسی سے موت اس طرح واقع ہوتی ہے کہ گردن کے گرد ڈوری یا

کوئی دیگر بندش ڈال کر اس کے ذریعہ جسم کو کلی یا جزئی طور پر لٹکایا جاتا ہے یہانتک کہ زندگی ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ضروری نہیں ہے کہ جسم استادہ وضع میں ہی ہو یا زمین یا کسی دیگر سہارے پر ٹکا ہوا نہ رہے۔ چنانچہ آئندہ چلکر یہ ثابت کیا جائے گا کہ بندش پر خفیف ترین تناؤ مثلاً ایسا جیسا کہ جزئی آویزش پیدا کر دیتی ہے، موت واقع کرنے کے لئے کافی ہے۔ اگر عدالتی پھانسی سے قطع نظر کیا جائے تو بعد الموت مناظر، اختناق سے واقع شدہ موت کے ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ اس امر کی کہ کس انداز سے اختناق پیدا کیا گیا ہے علامات پائی جاتی ہیں۔

پھانسی سے واقع شدہ موت کی نہایت ہی کثیر التعداد مثالوں میں بندش گردن کے گرد غضروف درقیہ سے بالاتر ہوتی ہے۔ جب پھندا ابتدائً اس سے نیچے واقع ہوتا ہے تو بھی ابتدا میں یہ اسقدر کسا نہیں ہوتا، لہذا جسم کا وزن، گردن کو پھندے میں سے تا بحد امکان کھینچ لیتا ہے۔ مشکا[1] (Maschka) نے ۱۵۳ واقعات کا مشاہدہ کیا۔ ان میں سے ۱۴۹ میں بندش غضروف درقیہ سے بالاتر، ایک میں غضروف درقیہ پر اور ۳ میں اس سے نیچے تھی۔ جب بندش غضروف درقیہ سے بالاتر ہو تو خفیف تضیقی قوت ہوائی گذرگاہوں کو مسدود کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ لینگوٹر[2] (Lengreuter) نے ہوائی گذرگاہیں بند ہونے کے میکانیہ کی لاش پر اس طرح تفتیش کی کہ جمجمہ اور دماغ کو معمولی طریق سے جدا کیا اور جمجمہ کے قاعدہ کو اس طرح سے کاٹا کہ حنجری بلعومی حصہ نظر کے سامنے آگیا۔ ان تجارب کے موضوع قدرتی اسباب سے مرے تھے، اور تخنیق سے واقع شدہ موت کی مثالیں نہ تھے۔ ایک ڈوری جو غضروف درقیہ اور لامی (hyoid) ہڈی کے درمیان ڈالی گئی اوپر زیریں جبڑے کے زاویہ کے نیچے چلی گئی۔ جسم کو محور طویل کی سمت میں معتدل جر کرنے سے جیسا کہ پھانسی میں کیا جاتا ہے، ملب دھکیل کر بلعوم کی پشت کے ساتھ لگ گیا۔ بعدہٗ اس سے قوی تر جر عمل میں لانے سے زبان کا قاعدہ بھی دھکیل کر

[1] Handbuch, Bd. 3
[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1886.
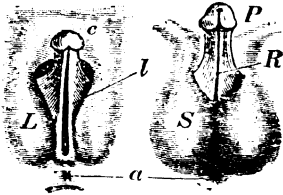
Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 13. Human Spermatozoa.

Fig. 14. Trichomonas Vaginæ.
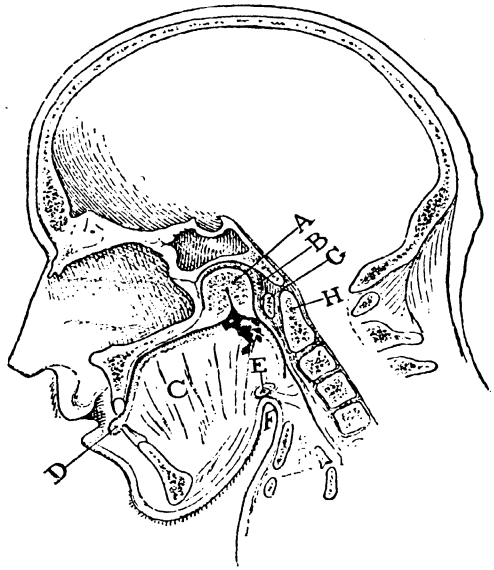
Fig 15.—A, soft palate; B, wall of the pharynx; C, tongue; D, tip of the tongue pressed between the teeth; E, body of the hyoid bone; F, groove made by the rope; G, anterior portion of the atlas; H, odontoid process of the axis.

Fig. 16.

ساتھ لگ گیا، اور مکب کا آزاد سر از بان کے قاعدے اور خلفی بلعومی دیوار کے درمیان بھنچ گیا۔ ہوائی گذرگاہوں کو کلیتہً مسدود کرنے کے لئے صرف معتدل قوت کی ضرورت ہوئی جب ڈوری کو غضروف درقیہ سے نیچے کر کے بالاسپر اتفاقاً ڈالا گیا اور مثل سابق جز عمل میں لایا گیا تو ڈوری غضروف سے بالاتر کھسک گئی۔ جب ہاتھ کے ذریعہ ڈوری کو غضروف پر تھام کر رکھا جاتا تھا تو مضیق واسطے کو بڑے زور کے ساتھ اوپر اور پیچھے کی جانب کھینچنے کے باوجود احبال الصوت پوری طرح سے نزدیک نہیں آتے تھے۔ جسم کو لٹکانے پر ڈوری فوراً سرک کر زیریں جبڑے کے بالکل نیچے چلی جاتی تھی۔ اوپر کی طرف سے دیکھنے پر زبان اوپر اور پیچھے کی جانب ہٹی ہوئی، اور حجمہ کے قاعدہ کے فتحہ میں دھنسی ہوئی دکھائی دیتی تھی۔ اکثر تجارب کو ایک لپٹے ہوئے رومال کے ذریعہ دوبارہ کیا گیا۔ اس کے نتائج حسب سابق تھے لیکن زیادہ قوت کا استعمال کرنا پڑا۔ ایکر[1] (Ecker) نے انہی نتائج کا مظاہرہ ایک شخص کی لاش پر کیا ہے جو موسم سرما میں ایک درخت سے لٹکا ہوا پایا گیا اور سردی سے جم کر اس قدر سخت ہو گیا تھا کہ اسے چیر کر باسانی انتصابی تراشیں بنائی جا سکتی تھیں۔ منہ کے فرش کے پچھلے حصے کی نرم ساختیں دوہری ہو کر بلعوم کے کہفہ میں اس طرح پڑی ہوئی تھیں کہ انفی بلعومی گذرگاہ ساری کی ساری بھری ہوئی اور مخوشدہ تھی۔ جو کچھ کہ پایا گیا تصویر نمبر ۱۵ سے ٹھیک ٹھیک ظاہر ہوتا ہے۔

جب پھانسی لگنے سے ہوائی گذرگاہیں پوری طرح مسدود ہو جاتی ہیں تو موت بیشتر اختناق کا نتیجہ ہوتی ہے۔ لیکن ایک اور عامل بھی قابل غور ہے، یعنی گردن کے بڑے بڑے عروق دموی کا انضغاط۔ اس سے جو نتائج پیدا ہوتے ہیں بلحاظ اہمیت کے اختناق کے نتائج کے ہم پلہ ہوتے ہیں، بلکہ ان سے بھی سبقت لے جاتے ہیں۔ عروق کا انضغاط بہرحال واقع ہوتا ہے، اور اگر ہوائی گذرگاہ کامل طور پر مسدود نہ ہو، تو موت کا بڑا سبب، دروں جمجمی دوران خون کا انقطاع ہوتا ہے۔ جب موت گردن کے بڑے عروق کے مضغوط ہو جانے کی وجہ سے

159

---

[1] Virchow's Arch., 1870.

دماغ میں شروع ہوتی ہے، تو یہ اتنا دورون جمجمی دباؤ کی افراط سے واقع نہیں ہوتی، جتنا کہ دماغی دورانِ خون کی رکاوٹ سے ہوتی ہے۔ ایسا بہت شاذ و نادر ہوتا ہے کہ دماغی نزف واقع ہو۔ اس اسلوب موت کی مثال ایک نہایت ہی استثنائی وارداتہے، جیسے رائن بوتھ[1] (Reineboth) نے درج کیا ہے۔ ایک آدمی پر گلے کے مرض خبیث کی وجہ سے قصبہ شگافی (tracheotomy) عمل میں لائی گئی۔ اس کے تقریباً دو ماہ بعد اس نے اس حالت میں پھانسی لے لی کہ قنولچہ اس کی قصبۃ الریہ میں تھا۔ ڈوری کا پھندا گردن کے گرد قنولچہ سے اوپر کرکے لپٹا ہوا تھا، گویا پھیپھڑوں کو جانے والا ہوائی راستہ بالکل کھلا تھا۔ امتحان لاش (necropsy) پر دماغ کے قاعدہ اور جسر (pons) اور لُب (medulla) کے جرم کی شریانیں خون سے مختقن پائی گئیں۔ باقی ماندہ دماغی جرم اور ام حنونہ (pia) کے عروق میں بہت کم خون موجود تھا۔ سینہ میں کوئی زیر پلوری کدم (ecchymosis) یا اختناق کی دیگر علامات نہ تھیں۔ اگر ہوائی راستہ مسدود نہ ہو یا محض جزئی طور پر ہی مسدود ہو، تو موت واقع ہونے میں اس سے زیادہ عرصہ لگتا ہے کہ جتنا تنفس کامل طور پر رک جانے کی صورت میں لگتا ہے، اور یہ بات کتے میں تجربتاً بھی ثابت کی گئی ہے۔ اس جانور کو قصبۃ الریہ کے زیرین حصہ میں سوراخ کرکے گردن سے رسی کے ذریعہ لٹکا دیا گیا، اور پھندا سوراخ سے بالاتر رکھا گیا۔ موت واقع کرنے کے لئے معمولی پھانسی کی بہ نسبت زیادہ طویل عرصہ درکار ہوا، اور بعد الموت امارات بھی مختلف تھیں۔

زمانۂ ماضی میں اس سوال کو کہ پھانسی سے واقع شدہ موت کے سبب قریبہ کی حیثیت سے خالص اختناق کا، اور نیز اس حالت کا جو کہ "سکتہ" کہلاتی ہے، الگ الگ کیا اثر ہوتا ہے، بہت اہمیت دی جاتی تھی۔ اس کی وجہ یہ تھی کہ دماغ اور پھیپھڑوں کے پیش کردہ بعد الموت مناظر غیر مستمر ہوتے تھے۔ بعض دفعہ دماغ، بعض دفعہ پھیپھڑے، اور بعض دفعہ یہ دونوں خون سے مختقن پائے جاتے تھے۔ یہ سمجھا گیا کہ اگر موت اختناق کا نتیجہ ہوتی، تو بعد الموت امارات ضرور غیر اختلاف پذیر

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1895.

ہوتیں - چونکہ وہ غیر اختلاف پذیر نہیں پائی گئیں لہذا تناقض کی توجیہہ کرنے کیلئے مفروضات گھڑ لئے گئے - یہ فرض کیا گیا کہ پھانسی سے موت دو جداگانہ طریقوں پر واقع ہو سکتی ہے - خالص اختناق سے، اور بغیر اختناق کئے سکتہ سے - اس امر کے پیش نظر کہ پھانسی سے واقع شدہ اموات کی ایک بڑی تعداد میں پھیپھڑے اور دماغ دونوں بیش دموی ہوتے تھے، بعد الموتی کیفیت کے موافق حال، موت کے دو ممزوج اسباب بیان کئے جاتے تھے - ان نظریات کا نتیجہ یہ تھا کہ موت کے دو بہت ہی قریبی طور پر متشابہ اسالیب سے جو الگ الگ بعد الموت مناظر پیدا ہوتے تھے ان کو بسا اوقات ایسا تصور کیا جاتا تھا گویا وہ جداگانہ اور متمیز اسباب کا نتیجہ ہیں، اور ان غیر متشابہ نتائج کی پیدائش کے لئے بیرونی حالات کا مختلف ہونا، ایک ضروری عامل قرار دیا جاتا تھا۔

باایں ہمہ تجارب سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ اختناق سے پیدا شدہ موت کی امارات کا، بمقابلہ ان امارات کے جو درون جسمی دوران خون کے اختلال کی علامت ہیں، غالب ہونا، یا اس کے بالعکس ہونا، بندش سے الگ الگ ہوائی اور دموی مجریات پر پڑنے والے دباؤ کے درجہ کی اختلاف پذیری ہی پر منحصر نہیں ہے بجنسہٖ ایک جیسے بیرونی حالات ایک مثال میں تو پھیپھڑوں میں خون کی افراط پیدا کرتے ہیں اور دماغ میں پیدا نہیں کرتے، اور دوسری مثال میں دماغ میں خون کی افراط پیدا کرتے ہیں اور پھیپھڑوں میں نہیں پیدا کرتے۔ غالباً ہوائی گذرگاہیں مسدود ہونے کے لمحہ پر انتفاخ کے لحاظ سے پھیپھڑوں کی جو کیفیت ہوتی ہے، وہ دماغ اور پھیپھڑوں کی اضافی بیش دمویت پر بہت کچھ اثر رکھتی ہے - بعض تجربات جو پٹنکو[1] (Patenko) نے کئے ہیں، وہ بھی یہی ثابت کرنے کی جانب رجحان رکھتے ہیں۔ متعدد کتوں کو بعض کو شہیق کامل کے خاتمہ پر، اور بعض کو زفیر کامل کے خاتمہ پر، پھانسی دی گئی اور موت کے بعد مختلف اندرونی اعضا میں توزیع خون ملاحظہ کی گئی - جن کتوں کو شہیق کامل کے خاتمہ پر پھانسی دی گئی تھی، ان کے پھیپھڑوں میں تو کچھ خون نہ تھا، اور تجبہ کے

160

---

[1] Annale's d'Hygiene, 1885.

جوفوں، دماغ کے اغشیہ، اور بطنی اعضا کے عروق میں بہت کچھ موجود تھا۔ جن حیوانوں کو زفیر کامل کے خاتمہ پر پھانسی دی گئی تھی ان کے پھیپھڑوں میں تو بہت خون تھا، اور راسی اور بطنی عروق میں کچھ بھی نہیں تھا۔ جب ہوائی گذرگاہیں زفیر کامل کے خاتمہ پر مسدود ہوتی ہیں تو خون محیط سے بہ کر قلب میں آجاتا ہے اور پھر بوجہ اس منفی دباؤ کے جو کہفۂ صدریں پیدا ہوجاتا ہے، قلب سے پھیپھڑوں میں آجاتا ہے۔ متسع شدہ ریوی عروق میں جو اجتماع واقع ہوتا ہے اس کی وجہ سے اور درون ریوی دباؤ کے فقدان کے باعث یہ خون پھیپھڑوں سے باہر نہیں جاسکتا۔ اس کے برخلاف جب شہیق کامل کے خاتمہ پر انسداد وقوع پذیر ہوتا ہے، تو پھیپھڑوں پر جو دباؤ پڑتا ہے، اس سے ان کے اندر سے خون نکل جاتا ہے اور اس کے نتیجے کے طور پر جمجمہ اور بطنی عروق میں خون کی افراط ہوجاتی ہے۔ ہافمین[1] (Hoffmann) کا خیال ہے کہ بطنی دیواروں کی اور بالخصوص مہاد معدہ کی بازکشیدگی، جو کہ تنفس کی مساعی کے ساتھ معاً وقوع پذیر ہوتی ہے، پھیپھڑوں کو کھینچتی ہے اور ان سے خون کو دھکیل کر خارج کردیتی ہے۔

عام اختناق سے واقع شدہ اموات کے اعداد و شمار دیکھنے سے اس امر کی قوی موید شہادت ملتی ہے کہ پھانسی سے واقع شدہ موت کے بعد الموتی مناظر میں یکسانیت کا فقدان بیرونی حالات پر موقوف نہیں ہوتا یا اگر ایسا ہوتا بھی ہے تو نہایت استثنائی صورتوں میں مثلاً (Maschka) نے اختناق سے واقع شدہ اموات کی جو کہ مختلف طریقوں سے پیدا کیا گیا تھا ۲۳۴ مثالوں میں سے ۴۸ مثالوں میں دماغ، اغشیہ اور جوفوں میں بیش دمویت پائی۔ اور ۳۰ میں ایک ایسی حالت پائی کہ جو عدم دمویت سے مشابہ تھی۔ ۱۵۶ میں خون کی معمولی متوسط مقدار پائی۔

پس ظاہر ہے کہ پھانسی سے واقع شدہ اموات کی مثالوں میں بعد الموتی امتحان انجام دیتے وقت دماغ اور پھیپھڑوں میں کسی صاف اور متمیز کیفیت کی توقع نہ رکھنا چاہئے، اور نہ کسی خاص مثال میں یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ ہوا اور خون کی

[1] Lehrbuch d. ger. Med.

نالیاں، موت کا سبب ہونے کی حیثیت سے کیا اضافی اہمیت رکھتی ہیں۔

پھانسی سے موت کا ایک اور طریقہ بھی بیان کیا گیا ہے، جس کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ لٹکانے والی ڈوری یا بندش سے گردن کے اعصاب تائیہ (vagi) پر دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب پر اعصاب تائیہ کے دبنے کا اگر کچھ اثر پڑتا تو وہ یہ ہوتا کہ یہ بحالت انبساط دفعۃً رک جاتا۔ لیکن فعلیاتی تجربہ کے علاوہ، اس امر کے ثبوت میں کافی و وافی شہادت موجود ہے کہ پھانسی سے پیدا شدہ تنفسی رکاؤ کے بعد قلب خاصی مدت تک حرکت کرتا رہتا ہے۔ میکازلینڈ[1] (MeCausland) نے ایک آدمی پر جس کو پھانسی دی گئی تھی، چند مشاہدات کئے۔ آویزش کے بعد ہر ربع منٹ کے بعد اس کی رفتار نبض گنی جاتی تھی۔ پہلے منٹ کے تیسرے ربع میں یہ رفتار فی منٹ ۴۰ ضربات قلب کے برابر تھی۔ پانچویں منٹ کے آخری ربع میں ۱۵۲ تھی۔ کعبری (radial) نبض ساتویں منٹ کے اختتام تک کم متمیز ہوتی چلی گئی، یہاں تک کہ محسوس نہیں ہوسکتی تھی۔ مسماع الصدر کے ساتھ سننے پر گیارہویں منٹ کے دوران میں ضربات قلب کی رفتار ۱۲۰ فی منٹ پائی گئی۔ چودھویں منٹ کے اختتام پر قلب ہنوز سنائی دیتا تھا، لیکن کمزور اور پھڑپھڑاتا ہوا تھا۔ پندرھویں منٹ میں اس کی حرکت موقوف ہوگئی۔ ایک ایسے ہی واقعہ میں شواب (Schwab) نے یہ معلوم کیا کہ آویزش سے ۸ منٹ بعد تک قلب کی حرکت موقوف نہیں ہوئی۔ میشکا[2] (Maschka) نے ایسے دو واقعات کا مشاہدہ کیا۔ ایک میں ضربات قلب آویزش سے ۴ منٹ بعد اور دوسرے میں ۵ منٹ بعد تک جاری رہیں۔ بالفور[3] (Balfour) نے تین نبض نگار (syphygmographic) ترسیمات پیش کی ہیں، جو ایک مجرم کی کعبری شریان سے آویزش سے ½ ۳، ½ ۵، ½ ۷ منٹ بعد لی گئی تھیں۔ قلب ۴۲ منٹ تک حرکت کرتا رہا۔ میسورکا[4] (Misuraca)

---

[1] Philadelphia Med. and Surg. Reporter , 1883.

[2] Handbuch, Bd. 3.

[3] Clinical Lectures on Diseases of the Heart, 1882.

[4] Rivista Sperimentale,1889.

نے کتوں میں اعصاب تائیہ کو باندھ دیا لیکن ۴۸ گھنٹہ سے لیکر کئی دنوں بعد تک بھی موت واقع نہ ہوئی۔ لہٰذا یہ اغلب نہیں ہے کہ عصب تائیہ پر دباؤ، پھانسی سے واقع شدہ موت کا موجب ہو۔

161

گردن کے بڑے بڑے عروق کا انضغاط، دماغی دوران خون کو منقطع کرتا ہے اور بسرعت بے ہوشی واقع کر دیتا ہے۔ بعض لوگوں کو اس قدر طویل آویزش کے بعد جس سے مکمل بے ہوشی پیدا ہو جائے چھڑا لیا گیا ہے۔ انھوں نے جو بیانات دیئے ہیں، وہ بیشتر اس مطلب کے ہیں کہ پہلے توانائی اور جوارح کو حرکت دینے کی کوشش کی قابلیت جاتے رہنے کا احساس ہوتا ہے جس سے پہلے اکثر اوقات بصری اور سمعی احساسات بھی پائے جاتے ہیں، (مثلاً شراروں اور سائیں سائیں کی آواز کا پیدا ہونا)۔ پھر سب کچھ اندھیرا ہو جاتا ہے اور ہوش زائل ہو جاتا ہے۔ بے ہوشی کے فوری وقوع سے اس امر کی توجیہہ ہوتی ہے کہ اتفاقیہ خود کشانہ پھانسی میں مصیبت زدہ اپنے آپ کو کیوں بچانے کی کوشش نہیں کرتا۔ متعدد مثالوں میں خفیف ترین حرکت سے جان بچ سکتی ہے۔ خود کشی کرنے کے دیگر طریقوں میں فعل کے عواقب سے بچنے کی ارادی یا غیر ارادی کوشش کرنا ایک عام بات ہے۔

عدالتی پھانسی، انگلستان میں اس طرح دی جاتی ہے کہ سزا یافتہ کو اس کے وزن کے لحاظ سے ۶ سے ۸ فٹ تک گرنے دیا جاتا ہے، جس سے بالعموم اس کا شوکہ دوسرے یا تیسرے عنقی فقرہ کے لیول پر ٹوٹ جاتا ہے نخاع مضغوط یا دریدہ ہو جاتا ہے، اور اس سے بسرعت بے ہوشی واقع ہو جاتی ہے۔

بعد الموتی مناظر۔ بیرونی جیفی کرختگی کے ظہور کا وقت اختلاف پذیر ہے۔ ایک مثال میں جو بعد میں مذکور ہوگی، یہ موت کے بعد آدھ گھنٹہ کے اندر شروع ہو گئی۔ بعض مثالوں میں یہ دیر گیر ہوتی ہے۔ اگر جسم مدت سے لٹکا ہوا ہو، تو بعد الموتی دھبے زیادہ تر زیریں حصوں پر نمایاں ہوتے ہیں، اور شاید ان میں نقطہ نما سطحی کدمات (ecchymoses) بھی نظر آئیں۔ چہرہ بالعموم پھیلا اور بشرہ اطمینان آمیز ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں چہرہ متورم اور نیلگوں ہوتا ہے۔ آنکھیں نیم وا ہوتی ہیں، اور بالعموم باہر نکلی ہوئی نہیں ہوتیں، اگرچہ بعض مثالوں میں نکلی ہوئی بھی ہوتی ہیں۔

پتلیاں اتساع کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتی ہیں ممکن ہے کہ زبان دانتوں کے درمیان سے باہر نکلی ہوئی ہو لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا صرف ۵۰ سے کم فی صدی مثالوں میں ہوتا ہے۔ مشکا (Maschka) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ ہونٹوں کے آزاد کناروں کا نیلا سارنگ ایک کثیر الوقوع امر ہے، یعنی ۱۵۳ مثالوں میں سے ۹۰ میں پایا جاتا ہے' (اس کو قدیم مشاہدین نے بھی ملاحظہ کیا تھا)۔ بقول ایڈمکیوز (Adamkiewicz) کے چہرے گالوں اور ہونٹوں کا زراق اور تورم صرف اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب جان کنی کی حالت اطالت پذیر ہو جائے، اور کثیر الدم افراد (plethoric) میں اس حالت کا پایا جانا زیادہ قرین قیاس ہے۔ اگر ڈوری کاٹ کر لاش کو جلد اتار لیا جائے، تو تورم اور زراق زائل ہو جاتا ہے۔ چہرے اور گردن پر نقطہ نما کدمات موجود ہو سکتے ہیں' لیکن جفنی یا عینی ملتحمہ کے نیچے اور زیریں اجفان کی بیرونی سطح پر ان کا پایا جانا زیادہ قرین قیاس ہے۔ چونکہ یہ صرف ۸ یا ۱۰ فیصدی مثالوں میں پائے جاتے ہیں' لہذا ان کی موجودگی کی بہ نسبت ان کی عدم موجودگی کم معنی خیز ہے۔ ممکن ہے کہ دونوں صنفوں میں اعضائے تناسلی کا تورم (turgescence) موجود ہو یا نہ ہو۔ اس کا سبب رکودی امتلائے خون ہے اور یہ پھانسی کی موت کی امارت کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا تشخیص کے اعتبار سے منی' بول' براز کے اخراج کی یہ کچھ اہمیت نہیں ہے، کیوں کہ یہ عضلی استرخاء کا نتیجہ ہوتا ہے' اور تشدد آمیز اور قدرتی دونوں قسم کے اموات میں ملتا ہے۔ بعض اوقات دہن کے گوشوں سے رال ٹپکتی ہے، اور موت کے بعد اس کا پتہ لگایا جا سکتا ہے۔ یہ صورت حال ہمیشہ نہیں پائی جاتی ہے، لیکن اگر دیکھی جائے تو زندگی میں آویزش کی دلیل ہے۔ شاید مٹھیاں بندھی ہوئی ہوں' لیکن زیادہ سے زیادہ یہ تشدد آمیز موت کی دلیل ہے۔ خودکشانہ پھانسی میں مٹھیاں بالعموم بندھی ہوئی نہیں ہوتیں' تا وقتیکہ اس فعل میں معمول سے زیادہ سعی نہ برتی گئی ہو، یا خودکشی کرنے والے نے اپنے کو بہت بلندی سے نہ گرا دیا ہو۔

Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 18 ؎

سب سے اہم بیرونی منظر گردن کے گرد وہ نشان ہے جو کہ معلق واسطے سے پیدا ہوتا ہے۔ عام طور پر اس نشان کی گہرائی اور چوڑائی استعمال کردہ بندش کی نوعیت پر موقوف ہے۔ اگر بندش چوڑی، ملائم اور متمددیدیر ہو، تو محض ایک سطحی نشان ہی پیدا ہوگا، یا شاذ طور پر بالکل نشان نہیں ہوتا۔ اگر بندش پتلی، سخت اور مضبوط ہو، تو نشان عمیق اور تنگ ہوگا۔ ہر دو صورت میں اگر تعلیقی واسطہ کی سطح پر کوئی بے قاعدگی یا نقش موجود ہو، مثلاً رسّے کے ڈورے یا رومال کی بافت تو وہ اس جلد پر جو اس سے متماس ہوگی اُتر آتا ہے۔ ہوسکتا ہے کہ یہ نشان پوری گردن کے گرد حلقہ کئے ہوئے ہو۔ لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ یہ ہوتا ہے کہ یہ مقدمی نصف تک محدود رہتا ہے، اور غضروف درقیہ اور لامی ہڈی کے درمیان سے گزر کر جانبوں پر سمت بالا اختیار کرتا ہوا، کانوں کے بالکل پیچھے پہنچ جاتا ہے، اور یہاں بالعموم ختم ہو جاتا ہے۔ اگر کوئی مسلسل پھندے والی ڈوری استعمال کی گئی ہو، اور بعض اوقات اس وقت جب کہ کوئی جیبی رومال جیسا واسطہ برتا گیا ہو، یہ نشان گردن کے گرد مسلسل ہوتا ہے۔ اس کی وجہ موخر الذکر صورت میں غالباً لاش کا وافر بوجھ، یا زیادہ بلندی سے گرنا ہے۔ دباؤ کی بے قاعدگی کی وجہ سے، یا تعلیقی بندش کی مخصوص نوعیت کی وجہ سے، ممکن ہے کہ یہ نشان کسی ایسی جگہ جہاں کہ یہ عموماً مسلسل ہوتا ہے، منقطع پایا جائے۔ شاذ طور پر یہ نشان گردن کے صرف ایک ہی جانب پر ہوتا ہے اور دوسری جانب ابھرا ہوتی ہے اس کا سبب پھندے کا ایسی وضع میں ہونا ہے کہ سر بجائے آگے کی جانب گرنے کے، جو کہ معمول ہے، ایک طرف گر جاتا ہے۔ کبھی کبھی یہ نشان غضروف درقیہ کے نیچے کر کے، گردن کے گرد افقاً گزرتا ہے۔ ڈوری کی اصلی وضع قائم رہنے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ پھندا جو استعمال کیا جاتا ہے، بآسانی تن جاتا ہے، اور اپنی گرفت قائم رکھتا ہے، اور نیز امکاناً یہ وجہ بھی ہے کہ اس غضروف کا غیر معمولی ابھار ڈوری کو اوپر کھسکنے نہیں دیتا۔

اس نشان کا رنگ اور ملائمت، بندش کی نوعیت کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ہو سکتا ہے کہ یہ پیلا اور نرم ہو، اور اس کے کنارے

162

ذرا سُرخ یا نیلگوں ہوں۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ یہ سیاہی مائل سرخ یا نیلا سا خاکستری ہو، اور اس کے کنارے اس سے ذرا زیادہ گہرے رنگ کے ہوں۔ آخر میں ہو سکتا ہے کہ یہ نشان زردی مائل بھورا ہو جس کے سیاہ تر کنارے ہوں اور یہ سینگ یا چمڑے کی طرح سخت ہو۔ پہلے دو اقسام نرم اور تمدد پذیر بندشوں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اور موخرالذکر سخت اور کھردری بندشوں کا نتیجہ ہوتے ہیں جو جلد کو متضرر کرتی اور چھیل ڈالتی ہیں، کہ جس سے نیچے کی جلد خشک ہو جاتی ہے۔ ایک ہی نشان میں ایک سے زیادہ ایسے اقسام پائے جا سکتے ہیں۔ ممکن ہے نشان ایک جگہ سفید اور نرم اور دوسری جگہ بھورا اور سخت ہو۔

اندرونی مناظر۔ بندش سے پیدا شدہ نشان کے قرب وجوار میں زیر جلدی بافتوں میں نزف پایا جانا ایک نسبتہً شاذ امر ہے۔ مشکا (Maschka) نے یہ صورت حالات ۱۵۳ مثالوں میں سے صرف ۱۰ میں پائی۔ ہسم پہلو عضلات عام طور پر متضرر نہیں ہوتے، تاہم لیسار[۱] (Lesser) نے بیان کیا ہے کہ اس نے پھانسی کے ۵۰ واقعات میں سے ۱۱ میں عضلات کا تضرر پایا جو زیادہ تر عضلہ قصبیہ حلقیہ کا تضرر تھا۔ لامی (hyoid) ہڈی اور درقی غضروف (thyroid cartilage) کے کسر شاذ الوقوع ہیں، اور اگر موجود ہوتے ہیں تو زیادہ تر بھربھراپن پیدا کرنے والے انحطاطی تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ فقرات کی علیحدگی یا کسر صرف ایک دو مثالوں میں دیکھے گئے ہیں جن میں ایک مثال لیسار (Lesser) نے درج کی ہے۔ سباتی شریانوں کے اندرونی اور درمیانی طبقات کا انشقاق بھی بعض اوقات واقع ہو جاتا ہے۔ لیسار (Lesser) نے یہ صورت حالات ۵۰ میں سے ۷ مثالوں میں پائی۔ عام طور پر یہ درمیانی یا اس سے زیادہ عمر کے افراد میں پائی جاتی ہے۔ متذکرہ صدر ۷ مثالیں سب کی سب ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی تھیں، اگرچہ تشوہی التہاب بطانۃ الشرائین (endarteritis deformans) ایک میں بھی موجود نہ تھا۔ باقی ماندہ اندرونی مناظر وہ ہیں جو کہ اختناق سے واقع شدہ موت کے تمام اسالیب میں مشترکہ طور پر پائے جاتے ہیں۔

دماغ اور پھیپھڑوں کا منظر۔ پھانسی سے واقع شدہ موت کے اسالیب

---

[۱] Vierteljahtsschr. f. ger. Med. 1891.

پر بحث کرتے وقت پہلے بیان کیا جاچکا ہے۔ ۵۰ فیصدی سے کچھ زیادہ مثالیں ایسی ہوتی ہیں کہ دماغ میں اور دماغی عروق میں خون کی مقدار طبعی سے مختلف نہیں ہوتی۔ باقی مثالوں میں طبعی مقدار کی بہ نسبت کبھی زیادہ اور کبھی کم خون پایا جاتا ہے۔ خون کی وعائی دریدی بہت ہی شاذ ونادر پائی جاتی ہے، اگرچہ ایک دو مثالوں میں ممکن ہے کہ ام جافیہ (dura mater) میں چھوٹے چھوٹے کدمات پائے جائیں، ان کی موجودگی اسلوب موت ظاہر کرتی ہے۔ قصبۃ الریہ اور نکیب کی غشائے مخاطی بالعموم مشرب ہوتی ہے یشکا (Maschka) نے اس امر کی طرف توجہ منعطف کرائی ہے کہ بلعومی غشائے مخاطی زراقی یا سیاہی مائل نیلے رنگ کی ہوتی ہے، جو کہ نیچے کی جانب واضح طور پر محدود ہوتا ہے۔ یہ حالت اختناق سے واقع شدہ موت میں شاذ ہی مفقود ہوتی ہے، لیکن اور اسالیب موت میں شاذ ہی موجود ہوتی ہے۔ استثنائی طور پر پھیپھڑے کے جرم میں نزفی مراکز موجود ہوتے ہیں۔ بعض اوقات پھیپھڑے منتفخ ہوتے ہیں، جو کہ غالباً بطی موت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اختناق سے واقع شدہ موت کے بعد خون کی چھوٹی زیر بلوری وعائی دریاں بہت عام ہیں اور ان کو ٹارڈیو (Tardieu) کے داغ کہا جاتا ہے۔ ان کا سبب دباؤ کا بڑھ جانا (جو کہ عرق حرکی مرکز کے اختناقی ہیجان سے واقع ہوتا ہے) اور زیر بلوری عروق شعریہ کا منشقوق ہوجانا ہے۔ کارن[1] (Corin) نے کتوں پر تجربہ کرتے ہوئے یہ معلوم کیا کہ ان حیوانات کو خواہ کسی طریقہ سے بھی ہلاک کیا جائے، اگر موت سے فوراً پہلے ان کے خون کا دباؤ معتد بہ طور پر بڑھ جائے جو کہ سباتی شریان سے لگے ہوئے ایک داب پیما سے ظاہر ہوتا ہے، اور اگر ساتھ پھیپھڑے بھی حرکت کرنا بند کردیں، تو زیر بلوری کدمات ہمیشہ پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اختناق سے واقع شدہ موت کے بعد یہ اکثر اوقات پائے جاتے ہیں، کیوں کہ اس کے ضروری عوامل یعنی دموی دباؤ کا مرتفع ہونا، اور معاً پھیپھڑوں کی حرکات کا منقطع ہوجانا بالعموم موجود ہوتے ہیں۔ لیکن یہ عوامل تشنّدانہ

168

[1] Archives de Physiol. norm. et path., 1894.

موت میں بھی موجود ہو سکتے ہیں، اور بحیثیت مماثل زیر پلوری نزفات کی تکوین کا باعث ہوتے ہیں چنانچہ یہ نزفات ایسے افراد کی لاشوں میں بھی پائے گئے ہیں جو بلندی سے گر کر، یا آگ سے، یا کاربن مانا کسائیڈ (CO) یا دیگر زہروں سے ہلاک ہوئے ہوں۔ اور بعض مخصوص امراض مثلاً سعال دیکی (whooping-cough)، پرپرا (purpura)، اسکروی (scurvy) سے واقع شدہ اموات کے بعد بھی پائے جا سکتے ہیں۔ چونکہ زیر پلوری نزفات ہمیشہ موجود نہیں ہوتے لہذا ان کی عدم موجودگی اختناقی موت کے خلاف دلیل نہیں ہے۔ بعض اوقات یہ کدمات قلب میں پائے جاتے ہیں، اور اس کا دایاں نصف بالعموم سیاہ سیال خون سے لبریز ہوتا ہے۔ لیکن یہ منظر بھی ضرور نہیں کہ ہمیشہ موجود ہو۔ صدری اور طی (thoracic aorta) اور مری (œsophagus) کے آس پاس میں جو ڈھیلی سی خلوی بافت ہوتی ہے، اس میں تقریباً ہمیشہ چھوٹے چھوٹے نزفات موجود ہوتے ہیں۔ لیکن ایسے نزفات ان اموات تک، جو اختناق کا نتیجہ ہوتی ہیں، محدود نہیں ہوتے، بلکہ دیگر اسالیب کی متشددانہ موت کے بعد بھی ملتے ہیں۔ مزید براں جب بعد الموت، اور طی کو شوکی عمود سے جدا کیا جاتا ہے، تو اس فعل سے ایسے مناظر پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ مذکورہ مناظر سے بہت ہی مشابہ ہوتے ہیں۔ ہافمین (Hofmann) بتاتا ہے، کہ اس امر کی تحقیق کرنے کے لئے کہ آیا ان نزفات کے اندر خون سیال ہے یا مروب، ان کو پانی کی ایک ہلکی دھار سے دھونے کی ضرورت ہے۔ اگر خون بالکل سیال ہو، تو غالباً نزفات بعد الموتی اصل کے ہوں گے بعض اوقات معدہ کی غشائے مخاطی بشدت مُشرب ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ حالت امعا میں بھی پائی جائے، اور ان دونوں میں کبھی کبھی کدمات پائے جاتے ہیں۔ گردے اکثر اوقات بیش دموی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ان میں کدمات بھی موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ جگر میں معمول سے زیادہ خون ہو خون بالعموم سیاہ رنگ کا اور سیال ہوتا ہے۔

طبی قانونی نقطۂ نگاہ سے تشدد سے واقع شدہ موت میں تین ممکن صورتوں پر غور کرنا ہوتا ہے، حادثہ، یا قتل، یا خودکشی کہ ان میں سے کونسی چیز موت کا

موجب ہوئی۔

اتفاقیہ پھانسی کا وقوع شاذ ہے۔ سوائے ایک دو کے باقی جتنے واقعات درج ہیں سب کے سب یا تو اس طرح پیش آئے کہ لڑکوں نے ہنسی کھیل میں عدالتی پھانسی کی نقل کرنے کی کوشش کی، یا اسطرح کہ اور بھی کمسن بچے کسی لٹکے ہوئے رسے کے پاس جھول رہے تھے، اور کسی طرح سے وہ رسا بچے کی گردن میں پھنس گیا جس سے اس کا جسم لٹکا رہا تا آنکہ اس کی موت واقع ہوگئی۔

اس قسم کا ایک واقعہ ۱۸۹۵ء میں نارووڈ (Norwood) میں پیش آیا۔ ایک تین سالہ بچہ آیا کی عدم موجودگی میں ایک اسٹول (stool) پر چڑھ گیا اور دریچے سے کھیلنے لگا۔ اتنے میں اسٹول الٹ گیا، اور بچے کی گردن روشندان کی رسی میں پھنس گئی، اور قبل اس کے کہ کوئی مدد کو پہنچے بچہ مر گیا۔ ایک اس سے بھی حالیہ مثال یہ ہے کہ ایک کمسن بچہ اپنے منہ کو نیچے کی جانب کئے ہوئے، اور اپنے سینہ یا معدہ کو ایک کپڑا لٹکانے کی رسی (clothes line) کے چنبر میں جو کہ زمین سے ۴ فٹ کی بلندی پر آویزاں تھی متوازن کئے ہوئے کھیل رہا تھا۔ اتنے میں جلد ہی دیکھا گیا کہ بچہ مرا پڑا ہے، اور اس کی گردن محض رسی پر ٹکی ہوئی ہے۔ مشکا (Maschka) نے ایک اتفاقی ہلاکت خیز پھانسی کا واقعہ درج کیا ہے کہ ایک آدمی جو کسی قدر نشے کے زیر اثر تھا، سیڑھی سے پھسلکر ایک رسی کے پھندے میں پھنس گیا جو کہ چھت سے آویزاں تھی۔ زولچ[۱] (Zülch) ایک تیرہ سالہ لڑکے کا مہلک واقعہ درج کرتا ہے جو اس سے مشابہ ہے۔ یہ لڑکا سیڑھی پر سے پھسل گیا، اس طور پر کہ اس کا کمبل جس کو وہ اوڑھے ہوئے تھا ایک ہک میں پھنس گیا، اور وہ لڑکا گردن سے لٹک گیا۔ زولچ (Zülch) نے ایک اور واقعہ پیش کیا ہے کہ ایک مخمور آدمی چند بلند سیڑھیوں سے گرا، اور اس کی گردن اس زاویے میں پھنس گئی جو یہ سیڑھیاں ایک کھمبے سے بناتی تھیں، اور وہ لٹکا رہا یہاں تک کہ مر گیا۔ کرک ہیڈ[۲] (Kirkhead) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے، جس کو

164

۱؎ Zeitschr. f. Med. Beamte, 1894.

۲؎ The Lancet, 1885.

وہ اتفاقیہ سے زیادہ خود کشانہ تصور کرتا ہے۔ اس میں آویزش کا طریقہ عجیب تھا۔ ایک ۲۰ سالہ نوجوان جو کہ قیدی تھا، اپنے حجرہ میں اپنی بریسز (braces) کے ذریعہ جو کہ گردن کے گرد حلقہ کئے ہوئے تھی، لٹکا ہوا پایا گیا۔ اس کے پاؤں فرش سے مس کر رہے تھے۔ بریسز فریز (frieze) کی تھیں، اور ان میں موٹی کیلیکو (calico) کا استر لگا ہوا تھا۔ ایسا معلوم ہوتا تھا کہ متوفی دیوار کی جانب پشت کر کے ایک گرم پانی کی نال پر کھڑا ہو گیا تھا جو فرش سے ۱۶ انچ کی بلندی پر تھی۔ اس نے بریس کو اپنے زیرین جبڑے کے نیچے رکھ کر اس کے سرے کو ایک زنجیر کے حلقے میں بغیر گرہ دیئے ڈال لیا تھا۔ یہ زنجیر حجرہ کے دریچے سے آویزاں تھی۔ پھر یا تو وہ اس نل سے پھسل گیا تھا، یا خود اتر گیا تھا۔ اس سے زنجیر کے حلقہ کی دونوں جانبیں باہم اس قدر قریب آ گئی تھیں کہ انھوں نے بریس (brace) کو گرفت کر کے مضبوطی سے جکڑ لیا تھا جس سے اس آدمی کا جسم لٹکا رہا۔ یہ بریس زنجیر کے ساتھ کسی طرح سے بندھی ہوئی یا جڑی ہوئی نہ تھی، لہذا یہ امر نہایت غیر اغلب دکھائی دیتا تھا کہ اس نے اس طور پر جسم کا بوجھ برداشت کرایا ہو۔ بعد میں آزمائش کرنے سے یہ ثابت ہو گیا کہ زنجیر کی گرفت اس غرض کے لئے بہت کافی تھی کہ وہ ایک کھردری سطح والی شئے کو اس بار سے جو اس پر پڑا ہوا تھا، پھسلنے نہ دے۔ غیر مکمل نیلاہٹ اور دوسرے حالات سے گمان یہ ہوتا تھا کہ قیدی کا مقصد صرف ایک تصنع آمیز خودکشی کا اقدام کرنا تھا، تاکہ اس کو کسی وارڈ (ward) میں رفقا کے ساتھ رکھا جائے۔ اس مثال میں جیفی کرختگی سرعت سے پیدا ہوتی پائی گئی۔ یہ لڑکا ۲-۳۰ بجے زندہ دیکھا گیا تھا، لاش ۲-۳۰ بجے ملی، اور ۳ بجے گردن میں جیفی کرختگی شروع ہو چکی تھی۔

اتفاقیہ پھانسی کا ایک نہایت ہی عجیب واقعہ بسلسلہ قتل انسان زیر سماعت تھا (Reg. v. Montague) (Com. Oyer and Term. Dub., 1892)۔ قیدی پر یہ الزام تھا کہ وہ اپنی لڑکی کی جو کہ ایک تین سالہ بچی تھی، موت کا موجب ہوئی ہے۔ اس عورت نے بچی کو سزا دینے کی غرض سے اس کے بازوؤں کو کہنی سے اوپر ایک جراب (stoking) سے باندھا، اور پھر اس جراب کو جسم کے گرداگرد اس طرح سے لپیٹ دیا کہ بازو پہلوؤں کے ساتھ جکڑے جائیں۔ پھر ایک ڈوری لی، اور اس کا ایک سرا تو پشت پر جراب سے باندھ دیا، اور دوسرے کو زمین سے ۵-۸ انچہ اور بچی کے سر سے تقریباً ۲½ فیٹ اوپر ایک تاریک حجرے کی دیوار پر ایک کنڈے کے ساتھ باندھ دیا۔ تین گھنٹہ تک بچی کی کسی نے خبر نہ لی۔ اور جب ماں اس کو چھڑانے گئی تو کیا دیکھتی ہے کہ بچی مردہ ہے۔ وہ اس ڈوری سے

اس طرح لٹکی ہوئی تھی کہ جب رسی کو کنڈے سے الگ کیا گیا، تو لاش آگے کو گر پڑی۔ گردن پر قصبۃ الریہ کے زیریں حصے کے قریب، دباؤ سے پیدا شدہ ایک نشان موجود تھا۔ یا تو جراب کھسک کر گردن تک چڑھ گئی ہوگی، یا ڈوری جزاً گردن کے سامنے آگئی ہوگی، اور پھانسی سے موت واقع ہوگئی ہوگی۔ ملزمہ کو قصوروار قرار دیا گیا، اور اسکو ۱۲ ماہ کی قید کی سزا دی گئی۔

قاتلانہ پھانسی بھی بہت شاذ ہے۔ ایک اوسط طاقت والے آدمی کو تا وقتیکہ اس کو قوتِ مدافعت سے محروم نہ کر دیا جائے پھانسی دیکر قتل کرنا نہایت مشکل ہوگا۔ البتہ زیادہ معمر یا کمسن اشخاص میں ہوسکتا ہے کہ کوئی شخص تنہا اس فعل کو انجام دے سکے۔ اور شاید تنومند شخص میں بھی اس وقت جب کہ اسکو بے خبری میں پکڑ لیا جائے، ایسا ممکن ہے۔ لیکن جن واقعات میں لاشیں آویزاں پائی جساتی ہیں اور وہ حادثہ یا خودکشی کا نتیجہ نہیں ہوتے، ان میں سے اکثر میں موت کا سبب کوئی اور ہوتا ہے، اور لاش کو خودکشی کا شبہ پیدا کرنے کے لئے لٹکا دیا جاتا ہے۔ اس سے یہ بحث پیدا ہوتی ہے کہ پھانسی سے واقع شدہ موت کی وہ کونسی امارات ہیں کہ جن کی بنا پر آویزش بدورانِ حیات اور آویزش بعداز موت کے درمیان تمیز کیجا سکے۔

اولاً جسم کے زیریں حصص پر جو نقطہ نما کدمات پائے جاتے ہیں، ان کو لو۔ ان کی تسبیب کے متعلق دو متضاد نظریات قائم کئے گئے ہیں۔ ایک یہ کہ موت کے بعد جسمی خون کا بوجھ بعض چھوٹے عروق کے طبقات کو مشقوق کر دیتا ہے اور کدمات اسی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ دوسرا یہ ہے کہ یہ دورانِ زندگی میں اختناق سے خون کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ مشاہدات جو ہمیں حاصل ہوتے ہیں وہ ان دونوں نظریوں کی تائید کرتے ہیں۔ لیسر[۱] (Lesser) نے حالیہ مرے ہوئے اجسام کو ۲۴ گھنٹے تک لٹکائے رکھا۔ اگرچہ ان کے زیریں حصے باحسن الوجوہ بیش دموی تھے، لیکن ان میں دعا بدری کا شائبہ تک نہیں ملا۔ نیز جن لاشوں میں موت اختناق سے واقع ہوئی تھی ان کے

---

[۱] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1884

ایسے حصوں میں اس نے دعا بدریاں پائیں جو غیر اسفل تھے۔ سٹراسمین[1] (Strass-mann) خودکشانہ پھانسی کا ایک واقعہ درج کرتا ہے کہ ایک لاش زانو ٹیکے ہوئے ملی۔ بعد الموتی دھبے رانوں تک محدود تھے، جہاں کہ کدمات بھی بافراط تھے۔ زانوؤں سے نیچے ٹانگیں نیلی اور کدمات سے بھری تھیں۔ ہافمین[2] (Hofmann) باور کرتا ہے کہ دعا بدریاں دوران حیات میں پیدا ہوتی ہیں، لیکن موت کے بعد جب جسم کو لٹکا رہنے دیا جائے تو یہ نمو یافتہ ہوجاتی ہیں۔ لائمن (Liman) ان کدمات کو صرف اس امر کی علامت تصور کرتا ہے کہ موت کے بعد دیر تک آویزش رہی ہے۔ یہ تسلیم کرلینا چاہیئے کہ جسم کے زیریں حصص پر جو کدمات ہوتے ہیں، وہ اس حیثیت سے کہ دوران حیات میں آویزش کی علامت ہوں کچھ اہمیت نہیں رکھتے۔

165

گردن کے گرد نشان کا پایا جانا ہرگز اس امر کا ثبوت نہیں ہے کہ موت بسبب پھانسی کے ہوئی۔ کیسپر (Casper) نے اس نشان کو صرف ایک بعد الموتی منظر تصور کیا ہے، لیکن غالباً یہ ایک ضرورت سے زیادہ قطعی بیان ہے۔ تاہم یہ بالکل صحیح ہے کہ موت کے بعد ایسا ڈوری کا نشان ضرور پیدا ہوسکتا ہے کہ جس کو دوران حیات میں پیدا شدہ نشان سے تمیز کرنا ممکن نہ ہو۔ اور اس بیان کا اطلاق نہ صرف موت کے فوراً بعد کے زمانہ پر ہی، بلکہ کئی گھنٹے بعد کے زمانہ پر بھی ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ڈوری کے نشان میں یا شگاف دینے پر خون کی نقطہ نما وعا بدریاں پائی جاتی ہیں۔ لیکن اس حیثیت سے کہ وہ دوران حیات میں آویزش کی دلیل ہوں، ان پر اعتبار نہیں کیا جاسکتا کیونکہ یہ ایسے اشخاص کی لاشوں میں بھی پائی گئی ہیں جو موت کے بعد لٹکا دئے گئے تھے۔ اور اسی وجہ سے نشان کے کناروں کے ساتھ ساتھ عروق کا متشرب ہونا بھی کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ بعد الموتی آویزش کے بعد عمیق تر نفررات،

---

[1] Ibid., 1888.

[2] Lehrbuch d. ger. Med.

مثلاً لامی (hyoid) ہڈی کے غضروفوں کا کسر یا عضلات کا انشقاق بھی پایا گیا ہے۔ سباتی شریانوں (carotids) کے اندرونی طبقات کے چاک، اسوقت جب کہ ان کے ساتھ شرائین کی دیواروں کے اندر خون کی وعابدریاں بھی ہوں، دوران حیات میں پھانسی کی دلیل ہیں۔ لیکن یہ بہت شاذ و نادر پائے جاتے ہیں، اور بعد الموتی امتحان کرتے وقت باسانی پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن برخلاف اس کے یہ بھی ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ ممکن ہے کہ موت پھانسی کا نتیجہ ہوا اور اس کے باوجود سابق الذکر وجوہ سے گردن کے گرد نشان کا شائبہ بھی دکھائی نہ دے۔ ٹھوڑی پر منہ سے ٹپکی ہوئی رال کا پایا جانا دوران حیات میں پھانسی کی جانب اشارہ کرتا ہے۔ لیکن یہ کوئی مستقل امارات نہیں ہے، اور نہ ایسی علامت ہے کہ تنہا اس کی بنا پر قطعی رائے قائم کی جا سکے۔ باقی ماندہ اندرونی امارات زیادہ سے زیادہ، اختناق سے واقع شدہ موت کی علامات ہیں، ان کو پھانسی سے واقع شدہ موت کے ثبوت کے طور پر استعمال نہیں کیا جا سکتا۔

اس امر کا تصفیہ کرنے میں کہ لاش موت کے بعد لٹکائی گئی یا پہلے پھانسی سے واقع شدہ موت کی امارات کیا اہمیت رکھتی ہیں۔ اسکے متعلق تحقیقات کرنے پر یہ ثابت ہوا ہے کہ یہ امارات اس قدر فیصلہ کن نہیں ہیں کہ کوئی قطعی رائے ظاہر کرنا حق بجانب قرار دیا جا سکے۔

اس سوال کے حل کی کوشش کرتے وقت چند دیگر حالات کو ملحوظ رکھنا چاہئیے۔ ان امارات کے علاوہ جو مفروضہ اسلوب کی موت کا نتیجہ ہوتی ہیں، کشمکش کی یا تضررات کی دیگر امارات کے لئے لاش کا بغور امتحان کرنا چاہئیے۔ نیز زہر خورانی کے امکان کو کبھی نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ ان امارات کی عدم موجودگی ان کی موجودگی سے زیادہ معنی خیز ہے۔ یہ کوئی نادر الوقوع امر نہیں ہے کہ کوئی شخص خودکشی کے ارتکاب کا تہیہ کرنے کے بعد ایک سے زیادہ طریقوں پر اس کا اقدام کرے، ممکن ہے کہ ایسا شخص اپنا گلا کاٹنے، یا زہر کھانے، یا کسی اور طرح اپنے آپ کو متضرر کرنے میں ناکام رہے، اور پھر یہ سمجھ کر کہ موت آنے میں دیر کرتی ہے، اپنے مقصد کو پھانسی کے ذریعہ انجام دے۔ اگر

تضرریت اس نوعیت کے ہوں کہ ان کا خودزدہ ہونا ناممکن ہو تو لاش کا لٹکا ہوا ہونا قتل کا ایک قیاسی ثبوت ہے۔ یہ امکان ہر گز نظر انداز نہیں کرنا چاہئے کہ جب ڈوری کاٹ کر لاش کو اتارا جاتا ہے تو زمین پر گرنے سے اس کو اتفاقی تضررات پہنچ جاتے ہیں، یا اگر لاش کا امتحان اس جگہ سے جہاں یہ پائی گئی ہو کسی دور مقام پر کیا جائے تو ایک جگہ سے دوسری جگہ لے جانے میں اس کو بُری طرح رکھا اُٹھایا جاتا ہے جس سے اس کو اتفاقیہ تضررات پہنچ جاتے ہیں۔

مشکا (Maschka) نے خودکشانہ پھانسی کے ایسے واقعات کی مثالیں پیش کی ہیں جن میں لاشوں پر خودزدہ زخم پائے جاتے ہیں اور وہ بادی النظر میں قتل کا اشتباہ پیدا کرتے ہیں۔ ایک واقعہ یہ ہے کہ بائیں پیش بازو کی اندرونی جانب پر کئی شگاف نما زخم پائے گئے۔ ان میں ایک زخم سے کعبری شریان کٹ گئی تھی۔ ایک اور واقعہ میں خودکشندہ نے اپنے منہ کے اندر ایک آتشیں ہتھیار چلا دیا تھا جس سے اس کا سخت تالو ٹوٹ گیا تھا اور نرم حصے دریدہ ہو گئے تھے۔ بعدہٗ اس نے پھانسی لے لی تھی۔ ایک تیسرا واقعہ ایک ۶۰ سالہ عورت کا ہے، جس نے پھانسی لے لی تھی اور اس کو خاوند نے رسی کاٹکر اتارا تھا اور اس عورت نے ہوش میں آنے پر ایک چاقو سے اپنا گلا کاٹ لیا تھا۔ امتحان لاش (necropsy) پر غضروف درقیہ سے اوپر ایک معمولی گردن کٹنے کا نشان اور نیز ایک ڈوری کا نشان پایا گیا۔

بعض وارداتوں میں جو کچھ کہ اصل حقیقت ہوتی ہے، اس کے خلاف گمان پیدا ہوتا ہے۔ لائمن[1] (Liman) نے ایک عورت کا واقع درج کیا ہے جس نے خود کو دو زخم لگائے اور ان سے گرد قلبیہ چھد گیا، اور بعدہٗ اس نے پھانسی لے لی۔ نیز ایک مرد کا واقعہ بھی درج کیا ہے جس کو کسی نے پشت میں گولی ماردی اور اس نے اس کی وجہ سے پھانسی لے لی۔ ایسی وارداتوں میں یہ ناممکن ہے کہ محض بعد الموتی مناظر سے خودکشی یا قتل کے سوال کا تصفیہ

166

[1] Handbuch d. ger. Med.

کرلیا جائے۔ اگر ان کا مقابلہ قتل کے بعض ان واقعات سے کیا جائے جن میں آخر میں لاش لٹکا دی جاتی ہے، تو یہ واضح ہوجاتا ہے کہ کس قدر سخت احتیاط کی ضرورت ہے۔ ڈیوکس (Deveaux) نے ایک عورت کا واقعہ بیان کیا ہے جو کہ ایک غلہ رکھنے کے کوٹھے (barn) کے اندر آویزاں پائی گئی۔ بغور امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ بائیں پستان کے نیچے ایک چھوٹا سا گول زخم ہے، جس سے قلب چھدا ہوا ہے۔ یہ واقعہ قتل کا تھا۔ ایک اور واقعہ جس کی ورالک (Vrolik) نے اطلاع دی ہے یہ ہے کہ قحبہ خانہ میں ایک عورت نے ایک ملاح کے قلب میں وخز لگا دیا۔ بعدہٗ اس کی لاش کو دھویا گیا، صاف قمیص میں ملبوس کیا گیا اور آویزاں کردیا گیا تاکہ یہ ظاہر ہو کہ موت خودکشی کا نتیجہ ہے۔

قاتلانہ پھانسی تقریباً کلی طور پر کمسن بچوں تک محدود ہے۔ بالغوں میں اس کے ہم جنس اسالیب موت، یعنی تخنیق اور اختصاص زیادہ آسانی سے انجام دئے جاسکتے ہیں۔ ایک واقعہ آگسٹن (Ogston) نے بیان کیا ہے کہ ایک عورت نے اپنے خاوند کی گردن کے گرد، اس وقت جبکہ وہ سو رہا تھا، ایک بندش باندھ دی اور پھر اس کے ذریعہ اسے کھینچ کر لٹکا دیا۔ ہافمین (Hofmann) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس نے اپنے ۵ بچوں کو جو کہ علی الترتیب ۸ ماہ اور ۲ و ۴ و ۸ و ۹ سال کے تھے، پھانسی سے ہلاک کردیا اور سب سے آخر میں خود بھی پھانسی لے لی۔ ایک اور آدمی نے اپنی ۶ اور ۱۳ سال کی دو لڑکیوں کو پھانسی دے دی، غالباً اس وقت جبکہ وہ سو رہی تھیں۔

۱۸۸۹ء میں پیرس میں ایک شخص مسمہ بہ ائیراڈ (Eyraud) نے ایک شریکۂ جرم مسمات بامپارڈ (Bompard) کی مدد سے ایک استثنائی اور سنسنی خیز طریقہ کی قاتلانہ پھانسی انجام دی۔ ایک گاف (Gouffe) نامی شخص کو جس کے ساتھ اس لڑکی کا ناجائز تعلق تھا، بطور شکار کے منتخب کیا گیا۔ ایک کمرہ کے کمانچہ میں، اس جگہ جہاں ان کی ملاقات قرار پائی تھی، ائیراڈ نے ایک چرخی نصب کی، اور اس پر سے ایک رسّہ گذارا جس کے ساتھ ایک مضبوط خطاف لگا ہوا تھا۔ یہ آلات معہ کمانچہ کے ایک پردے کے ذریعے

چھپے ہوئے سے تھے اینڑا ؤ اس پر وہ کے پیچھے کھڑا ہو گیا۔ اس کمانچہ کے مقابل ایک پلنگ (sofa) پڑا ہوا تھا، جس وقت گاف (Gouffe) بیٹھا ہوا تھا، وہ لڑکی اس کے زانوؤں پر بیٹھ گئی، اور اس نے ازراہ دل لگی ایک ریشمی ڈوری کا پھندا اس کی گردن کے گرد ڈال دیا، اور رسی کا آزاد سرا (جس میں ایک ناکہ یعنی چھوٹا سا حلقہ تھا) اپنے شریک جرم کو پکڑا دیا۔ اس شریک جرم نے اس ناکہ کو اس خلاف میں ڈال دیا جو کہ چرخی سے آویزاں تھا پھر اس کے ساتھ بندھے ہوئے رسہ کو کھینچ لیا، تاآنکہ گاف (Gouffe) اپنی وضع نشست سے اٹھ آیا اور گردن سے لٹک گیا۔ یہ رسہ پلنگ سے اسطور پر کس دیا گیا کہ جس سے جسم لٹکا رہے۔ لاش سے سب کچھ لوٹ لیا گیا کیونکہ قتل کا مقصد یہی تھا۔ اور پھر اس کو صندوق میں بند کر کے دور لے جایا گیا اور وہیں چھوڑ دیا گیا۔ لاش کا انکشاف چودہ دن بعد ہوا، اور امتحان کرنے پر معلوم ہوا کہ لامی ہڈی (hyoid bone) کے دونوں قرن (cornua) مکسور ہو گئے ہیں۔ مجرم آخر کار گرفتار ہو گئے۔ اور بامپارڈ (Bompard) نے جو اقبال جرم کیا اس سے معلوم ہو گیا کہ حقیقتہً کس طریقہ سے جرم کا ارتکاب کیا گیا تھا۔ یہ واقعہ فی نفسہ عجیب ہے۔ لیکن اس میں ایک خارجی دلچسپی کا سامان بھی ہے۔ کیونکہ عورت قیدی کے حق میں تنویمی ایماز کا سوال اٹھایا گیا اور اس امر پر اصرار کیا گیا کہ وہ اپنے شریک جرم کی قوت ارادی کے زیر اثر تھی اور یہ کہ اس معاملہ میں اس نے جو کچھ بھی حصہ لیا اس کے لئے وہ بذات خود جواب دہ نہیں ہے۔ اس مقدمہ کی پوری پوری تفصیل اے۔ لکاسین (A. Lacassagne) کے قلم سے لکھی ہوئی Arch. de l'Anthropologie Crim., 1890 میں موجود ہے۔

خودکشانہ پھانسی۔ پھانسی خودکشی کا ارتکاب کرنے کا عام ترین طریقہ ہے۔ اگر عدالتی پھانسی سے قطع نظر کیا جائے تو پھانسی کی مجموعی اموات میں سے ۹۹ فی صدی سے بھی زیادہ ایسی ہیں کہ وہ خودکشی کے ذریعہ ہوئی ہیں۔ ۱۹۱۹ء میں، انگلینڈ اور ویلز (Wales) میں ۶۴۹ مردوں اور ۱۸۵ عورتوں کی اموات کو پھانسی یا تخنیق سے خودکشی کرنے کا نتیجہ بتایا گیا۔ رجسٹرار جنرل (Registrar-General) کے اعداد و شمار میں اگرچہ موت کے ان دو اسباب کے درمیان امتیاز قائم کیا گیا، تاہم کل میں سے تھوڑی ہی تعداد ایسی ہوگی جو کہ تخنیق کا نتیجہ

167

ہو گئی۔ ان میں چھ اموات (۴ مردوں کی، ۲ عورتوں کی) ۱۰ اور ۱۵ سال کے درمیان عمروں میں ہوئی تھیں۔ ہلاکت نفس کا یہ طریقہ نسبتاً کثرت سے اختیار کیا جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ اس کے انجام دینے کے ذرائع ہر گھر میں میسر آسکتے ہیں، اور اس کے لئے زیادہ چابکدستی یا سعی کی ضرورت نہیں ہے۔ مزید برآں پھندے میں سے اپنا سر گذار کر جسم کو لٹکا لینے کا فعل اس سے زیادہ منفعلانہ ہے کہ جتنا گلا کاٹنے کے لئے چاقو استعمال کرنا، یا بھیجا بھک سے اڑا دینے کے لئے پستول استعمال کرنا۔

اگر کسی معمولی جسمانی نشو ونما والے بالغ کی لاش لٹکی ہوئی پائی جائے، بغیر اس کے کہ اس پر کشمکش کا یا چوٹ کا کوئی نشان ہو، اور اگر عمومی حالات ایسے ہوں کہ پھانسی سے واقع شدہ موت کے موافق ہوں، تو یہ خودکشی کا واقعہ ہونا ایک بہت قرین قیاس امر ہے۔ جو کچھ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے اس سے ظاہر ہے کہ زخموں یا زہر کا پایا جانا ہرگز خودکشی کا نقیض نہیں ہے، لیکن ایسے واقعات میں قتل کا زیادہ امکان ہے۔ خراشید گیوں کو، قتلیوں (bruises)، اور چوٹوں کے نشانات کے لئے سطح جسم کا بغور معائنہ کرنا چاہئیے، اور کپڑوں اور قریبی ماحول کی تحقیقات کرنا ضروری ہے۔ گردن پر دو ایک خراشید گیاں ضرور قتل کی علامت ہی نہیں ہوتیں۔ گاہے شکار اضطراراً پھندے پر ہاتھ مارتا ہے، اور خود خراشید گیاں پیدا کر لیتا ہے۔ اور اس امر کی احتیاط کرنا ضروری ہے کہ سابقہ تضررات کے نشانات پر ان نشانات کا دھوکا نہ کھایا جائے جو کہ موت کے وقت پیدا ہوتے ہیں۔

اس امر سے کہ لاش کس وضع میں پائی گئی خودکشی یا قتل کے اضافی امکان کا فیصلہ کرنا ناممکن ہے۔ یہ ضروری نہیں کہ پاؤں زمین سے الگ ہی رہیں۔ وضع نشست میں بھی گردن پر اتنا دباؤ ڈالا جا سکتا ہے کہ جو موت واقع کر دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ گرانٹ[1] (Grant) بیان

[1] The Lancet, 1889.

کرتا ہے کہ ایک آدمی نے جو ۴۸ سال کی عمر کا تھا کیونکر پھانسی لے لی۔ اس نے کاٹن کا ایک معمولی جیبی رومال لیکر اس کے سروں کو آپس میں گرہ دے لی۔ یہ رومال اس نے اپنی خواب گاہ کے دروازہ کے دستے سے لٹکا لیا جو کہ زمین سے صرف ۲ فٹ ۹ انچ بلند تھا۔ پھر وہ دروازہ کی جانب پشت کر کے فرش پر بیٹھ گیا، اور اپنا سر اس چنبر میں سے گذار کر آگے کی جانب جھک پڑا۔ یہ امر سریتوں کے چیٹا ہونے سے ثابت ہوا (جیفی کرختگی لاش کے دریافت ہونے سے پہلے ہی شروع ہو چکی تھی) اور نیز پشت کے زیریں حصہ اور ٹانگوں پر بعد الموتی دھبوں سے ثابت ہوا۔ گردن پر جو نشان تھا وہ ½۱ انچ چوڑا تھا، اور ٹھوڑی کے نیچے سے لیکر، پیچھے اور اوپر کی جانب قذال پر ترچھا پھیلا ہوا تھا، اور کپڑے کی بافت صاف صاف جلد پر منقش تھی۔ بہت سے اور واقعات بھی کم وبیش مشابہ نوعیت کے مندرج ہیں۔ نوبلنگ[1] (Nobiling) نے ایک آدمی کے واقعہ کی اطلاع دی ہے کہ جس نے دروازے کی چٹخنی سے بندھے ہوئے ایک جیبی رومال کے ذریعہ پھانسی لے لی۔ یہ چٹخنی فرش سے ۳ فٹ ۷ انچ بلند تھی۔ اس نے رکوعی وضع اختیار کی تھی اور جس وقت مردہ پایا گیا تو اس حالت میں تھا کہ اس کے زانو خم تھے، اور انگلیاں فرش سے لگی ہوئی تھیں۔ رومال چوڑا رکھکر تہ کیا ہوا تھا، اور اس سے کچھ نشان باقی نہیں رہا تھا۔

بعض واقعات میں جسم کی وضع اس طرح کی ہوتی ہے کہ موت کو مشکل سے پھانسی کا نتیجہ بیان کیا جا سکتا ہے کیونکہ آویزش بالکل نہیں ہوتی، یا بہت کم ہوتی ہے۔ ایسے واقعات زیادہ تخنیق کے مماثل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا ایک واقعہ ہرپی (Hurpy)[2] نے درج کیا ہے جس کو ملحقہ تصویر کے ذریعہ واضح کیا گیا ہے۔ ایک ۷۷ سالہ عورت مصوّر کردہ وضع میں مردہ پائی گئی۔ اس کے بازو دھڑ کی جانبوں کے ساتھ ساتھ بسط شدہ تھے، اور مکبوب ہاتھوں کا

---

[1] Aerztliches Intelligenzblatt f. Baiern., 1884.　[2] Annales d'Hygiéne, 1881.

ظہری رخ فرش کو مس کرتا تھا۔ ٹانگیں اور پاؤں بھی بسط شدہ تھے۔ بدن شب خوابی کے کپڑوں اور قمیص سے ڈھکا ہوا تھا، اور ان کے درہم برہم ہونے کا کوئی نشان نظر نہیں آتا تھا۔ ڈوری جس سے اس نے پھانسی لی ۹۰ انچ لمبی تھی، اور فرش سے تقریباً ۱۷ انچ کی بلندی پر ایک بھاری میز کی ٹانگ سے بندھی ہوئی تھی۔ سر بائیں جانب کو نصف گھوما ہوا تھا اور میز سے تقریباً ۱۲ انچ کے فاصلہ پر وجنی او بھار کے بل فرش پر ٹکا ہوا تھا۔ یہ عورت اختباطات میں مبتلا تھی جن کی وجہ سے اس نے اس استثنائی طرح پر خودکشی کا ارتکاب کیا تھا۔ ٹارڈیو (Tardieu) کی کتاب الموسوم Etude sur la Pendaison میں ناتکمیل آویزش سے واقع شدہ پھانسی کی اسی سے کسی قدر ملتی جلتی مثالوں کی تصویریں دی گئی ہیں۔

168

خودکشی اور قتل کے درمیان امتیاز کرتے میں بعض اوقات ایک دقت یہ پیش آتی ہے کہ متوفی کے ہاتھ یا جوارح باہم بندھے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ ایسے واقعات میں ان امور کا بڑے غور سے ملاحظہ کرنا چاہیئے کہ جوارح کس طریق پر جکڑے ہوئے ہیں، گرہ کس قسم کی اور کس جگہ واقع ہے، اور کس قدر مضبوطی سے بندھی ہوئی ہے۔ بعض مثالوں میں تو یہ معلوم کر لینے میں ذرا بھی دقت نہیں ہوتی کہ جوارح کے گرد جو بندش ہے وہ متوفی نے خود باندھی تھی۔ خودکشی کے بعض غیر مشتبہ واقعات میں گرہ کی مقامیت یا نوعیت ایسی ہوتی ہے کہ اس کا خود باندھ لینا قریب قریب ناممکن دکھائی دیتا ہے۔ موخر الذکر نوعیت کی ایک نمایاں مثال فلیپی (Fillipi)[1] سویری (Severi) اور مانٹلٹی (Montalti) نے دی ہے۔ ایک آدمی کی مردہ اور عریاں لاش اس کے دفتر میں گردن سے لٹکی ہوئی ملی۔ دایاں پاؤں فرش کو مس کر رہا تھا، اور دایاں زانو خم ہونے کی وجہ سے فرش سے کسی قدر اٹھا ہوا تھا، کلائیاں ایک دوسری کے ساتھ بندھی ہوئی تھیں، اور پشت کے پیچھے اس طرح واقع تھیں کہ رسی کی گرہ ان کے سامنے واقع تھی، اور جسم کی پشت پر ٹکی ہوئی تھی۔ یہ امر انتہا درجہ خلاف قیاس تھا کہ اس شخص نے یہ گرہ پشت کے پیچھے خود بخود باندھ لی ہو۔ تاہم چونکہ باقی تمام علامات خودکشی کی طرف اشارہ کرتی

169

[1] Manuale di Med. Legale, 1889.

تھیں، لہذا سوال یہ پیدا ہوتا تھا کہ آیا اس نے پہلے اپنی کلائیاں سامنے باندھی ہیں، اور بعد میں اپنی ٹانگوں کو بازوؤں کے بیچ سے گذار لیا ہے۔ پروفیسر فلپی (Filippi) نے جس کا میں اس عکسی تصویر کے لئے جو اس وقت دی گئی ممنون احسان ہوں، مجھے اطلاع دی ہے کہ بعد میں یہ سوال ایک نوجوان بازی گر نے حل کر دیا۔ وہ نہایت مشکل سے، دونوں کلائیاں سامنے باندھ کر، اپنے بازوؤں کے بیچ سے ٹانگیں گذارنے میں کامیاب ہو گیا۔

پھانسی سے مخطور موت کے اثرات مابعد۔ اگر جسم کو چراغ حیات گل ہونے سے قبل اتار لیا جائے، تو ممکن ہے کہ احیاء کی مساعی اس حد تک کامیاب ہو جائیں کہ تنفس دوبارہ جاری ہو جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ بعض اوقات خود رو تنفس کی بحالی کے باوجود آخر شفا نہیں ہوتی۔ سطح جسم سرد اور دوران خون کمزور رہتا ہے، اور بے ہوشی قائم رہتی ہے، اور چند گھنٹے بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ اگر صحتیابی ہوتی ہے تو کبھا ہے چند عصبانیتیں (neuroses) اور روآت النفس (psychoses) آشکارا ہو جاتی ہیں۔ ٹیرن[1] (Terrein) کو ایک مریض سے سابقہ پڑا جس کو صرع نما تشنجات اور کزازی تشنجات ہوئے، اور ان سے اس کا سر ایک جانب کھنچ گیا۔ مریض کئی دن تک بے ہوش پڑا رہا، اور پھر جب اس کو دوبارہ ہوش آیا، تو اس کو نسیان ہو گیا۔ ایک اور مریض میں صرع نما تشنجات اور پس تنید گی (opisthotonos) ہوئی، اور ہوش آنے پر وہ ایسے حرکات کرنے لگا جیسے چل رہا ہے۔ پیٹرینا[2] (Petrina) نے ایک واقع درج کیا ہے کہ ایک آدمی تخنیق کے ذریعہ خودکشی کا اقدام کرنے کے بعد کئی گھنٹہ تک بے ہوش رہا، اور اس عرصہ میں اس کو تمام جسم میں، بالخصوص چہرہ کی داہنی جانب اور بائیں بازو میں، شدید جھٹکی تشنجات ہوتے رہے، اور پھر عضلی کرختگی کی ایک عمومی کیفیت پیدا ہو گئی۔ جب اس کو ہوش آیا، تو اس کی زبان لکنت کرتی تھی، لیکن ابتلاع مشکل نہ تھا۔ دایاں وجہی (facial) عصب،

---

[1] Progres Medical, 1887.

[2] Prag. med. Wochenschr., 1880.

اور جسم کی بائیں جانب مشلول تھی - اور چہرے کی دائیں جانب اور جسم کی بائیں جانب پر حاسیت کم تھی، اِلّا سینہ کے جہاں کہ کسی قدر بیش حسیت تھی۔ تشلل تبدریج اچھا ہوتا گیا، لیکن غیر مشلول جانب میں بعد میں عدم اتساق (ataxia) نمو دار ہوگیا - اور یہ ناہم آہنگی جوارح بالا سے جوارح زیریں تک پھیل گئی، اور پھر مشلول بازو میں پہنچ گئی۔ اغلب یہ ہے کہ یہ جسر (pons) میں نزف کی اصابت تھی۔ ویگنر[۱] (Wagner) نے درج کیا ہے کہ پھانسی سے محفوظ موت کے نتیجہ میں حاد عتاہت (dementia) ظاہر ہوئی ہے۔

تخنیق

جب موت کا سبب اختناق ہوا اور یہ اختناق جسم کو لٹکائے بغیر، اور گردن کو کسی بندش کے ذریعہ مخنوق کر کے پیدا کیا جائے، تو بیان کیا جاتا ہے کہ موت تخنیق سے واقع ہوئی ہے - اسلوب موت وہی ہوتا ہے جو کہ آویزش میں پایا جاتا ہے۔

بعد الموتی مناظر۔ بیرونی - واحد منظر جو خاص طور پر قابل ذکر ہے، وہ نشان ہے جو کہ گردن کے گرد پیدا ہو جاتا ہے - تخنیق سے جو نشان پیدا ہوتا ہے، وہ پھانسی سے پیدا شدہ نشان سے اس امر میں مختلف ہوتا ہے، کہ وہ زیادہ افقی سمت اختیار کرتا ہے، اور گردن کے گرد زیادہ مکمل حلقہ بناتا ہے۔ مضیّق قوت کی سمت ایسی ہوتی ہے کہ بندش کو غضروف درقی سے اوپر کھینچنے کی جانب لازمی رجحان نہیں رکھتی، جیسا رجحان کہ پھانسی میں پایا جاتا ہے۔ ہندا بسا اوقات یہ نشان غضروف کے لیول پر، یا اس سے نیچے ہوتا ہے۔

---

[۱] Jahrbucher f. Psychiat., 1889.

اس کی مستثنیات اس وقت واقع ہوتی ہیں کہ مقتول جبکہ زمین پر گرا دیا جاتا ہے، اور بندش کو اوپر کی جانب اور پیچھے کی جانب کھینچ لیا جاتا ہے۔ اس صورت میں نشان کی سمت، پھانسی کے نشان کی سمت سے مشابہ ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے پھانسی میں اس وقت جبکہ پھندا معمولی مقام سے مختلف جگہ مثلاً ٹھڈی کے نیچے ہو، افقی نشان پیدا ہوسکتا ہے۔ بندش کی نوعیت اظہار

پر اثر ڈالتی ہے کہ پیدا شدہ نشان کی صفات کیا ہیں۔ اگر بندش گردن کے گرد حلقہ کرنے میں غیر مساوی دباؤ ڈالے تو نشان کی تکوین بے قاعدگی سے ہوگی، اور اس کا مر بھی منقطع ہوگا۔ تخنیق سے موت بغیر کوئی نشان پیدا کئے واقع ہوچکی ہے۔ اغلب ہے کہ ایسے واقعات میں بندش ملائم نوعیت کی ہوتی ہے، یا وافر زور سے نہیں باندھی جاتی، یا گردن کے گرد زیادہ دیر تک نہیں پڑی رہتی۔

پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ گردن کے گرد کے ان نشانات میں جو موت سے قبل لٹکانے سے پیدا ہوتے ہیں، اور ان نشانات میں جو موت کے بعد لٹکانے سے پیدا ہوتے ہیں، امتیاز کرنے کے لئے کوئی امارت موجود نہیں ہوتی۔ یہ بیان تخنیق کے نشانات پر بھی مساوی طور پر اطلاق پذیر ہے۔

اندرونی مناظر، ان مناظر سے مشابہ ہیں جو پھانسی سے واقع شدہ موت کا نتیجہ بیان کئے گئے ہیں۔

اتفاقیہ تخنیق۔ یہ ۱۹۱۹ء میں انگلستان اور ویلز (Wales) میں ۱۶ ذکور اور ۴ اناث کی اموات کی موجب ہوئی۔ ان اموات کے حالات اختلاف پذیر ہیں۔ بچوں کا گلا روشندان کی ڈوری (blind-cord) سے کھیلتے ہوئے، شیر خوار بچوں کا، ایسے گلوبند سے جو زیادہ کس کر بندھا ہوا ہو، صرع کے مریضوں، شرابیوں اور دیگر معذور اشخاص کا، ایسی وضع میں ہونے سے جو گردن پر دباؤ کا موجب ہو، مخنوق ہوگیا ہے۔ ٹیلر (Taylor) اور سٹیونسن (Stevenson) نے ایک لڑکی کا واقعہ درج کیا ہے جس کی نوکری یہ تھی کہ وہ ایک ٹوکری میں مچھلیاں اٹھا کر لے جایا کرتی تھی۔ یہ ٹوکری اس کی پشت پر ایک چرمی تسمہ کے ذریعہ لٹکی رہتی تھی، جو کہ شانوں کے اوپر سے اور گردن کے سامنے سے گزرتا تھا۔ یہ لڑکی ایک پتھریلی دیوار پر بیٹھی ہوئی مردہ پائی گئی۔ غالباً اس وقت جبکہ وہ

ستا رہی تھی، اس کی ٹوکری دیوار پر سے پھسل گئی تھی، اور تسمہ نے قصبتہ الریہ کو مضبوطی سے دبا دیا تھا۔ گارڈن سمتھ[1] (Gordon Smith) نے اس سے ایک مشابہ واقعہ پیش کیا ہے۔ ایک لڑکے کو اپنی گردن کے گرد ایک ڈوری ڈالکر چلنے پھرنے کی عادت تھی جس کے ساتھ ایک وزن بندھا ہوا تھا۔ یہ لڑکا کرسی پر مردہ پایا گیا، اس لئے کہ وزن کا مقام بدل گیا تھا اور ڈوری اسکی گردن کے سامنے کے حصہ کے گرد کسی گئی تھی۔ لیسر[2] (Lesser) نے ایک صرع کے مریض کا حال درج کیا ہے جو کہ اس طور پر مردہ پایا گیا کہ اس کے پاؤں پلنگ پر اور چہرہ اور سینہ فرش پر تھے۔ وہ صرف ایک کرتہ پہنے ہوئے تھا جو کہ اس کے جسم اور پلنگ کے زیرین حصے کے درمیان پھنس گیا تھا، اس طرح کہ اس کا کالر گردن کے گرد کسا ہوا تھا۔ گردن کے زیرین حصے پر ایک نشان تھا جو انچلا، اور آدھ انچ سے کچھ زیادہ چوڑا اور غیر منخفص تھا لیکن گرد و پیش کی جلد کے بعد الموت دھبوں اور نزفات سے واضح طور پر متمیز تھا۔ چہرے اور گردن کے زیرین حصہ پر نقطہ نما کدمات تھے۔ لیسر نے تسلیم کیا ہے کہ یہ واقعہ مشکوک ہے، کیونکہ اگرچہ اختناق کی علامات موجود ہیں، تاہم یہ کسی طرح بھی واضح نہیں ہوتا کہ اس کا موجب تحنیق ہے۔ منہ اور سینہ کا فرش پر ہونا (جو کہ دری سے ڈھکا ہوا تھا) اور صرعی حملہ، یہ اختناق اور کدمات کی توجیہہ کے لئے کافی ہیں ممکن ہے کہ گردن کے گرد جو نشان تھا وہ کالر (collar) سے دباؤ کا نتیجہ ہو کہ جس سے تنفس کی رکاوٹ پیدا ہوئے بغیر زیرافتادہ جلد عدیم الدم ہوگئی ہو مانچسٹر سمر آسائیز (Manchester summer assize) میں ۱۸۹۵ء میں ایک آدمی پر ایک تیرہ سالہ لڑکے کو قتل کر دینے کا الزام لگایا گیا۔ قیدی نے اس لڑکے کو اپنے باغ میں مداخلت بیجا کرتے ہوئے پکڑ لیا تھا، اس نے اس کی گردن کے گرد ایک قفل کے ذریعہ ایک زنجیر ڈھیلے سے باندھی اور اسے ایک اصطبل میں بٹھا دیا،

---

[1] Principles of Forensic Medicine, 1827,

[2] Atlas der ger. Med. (Zweite Abtheilung), 1880.

اور اس زنجیر کا دوسرا سرا ایک کھمبے سے باندھ دیا۔ اس کے تھوڑی دیر بعد وہ لڑکا وضع نشست میں مردہ پایا گیا۔ بعد الموت امتحان سے معلوم ہوا کہ موت اغتصاص سے واقع ہوئی ہے۔ قیدی کو رہا کر دیا گیا۔ سنہ ۱۹۰۱ء میں مانچسٹر (Manchester) کے قریب میں ایک ماں اپنے بچہ کو پلنگ پر چھوڑ کر چلی گئی۔ تھوڑی دیر بعد وہ بچہ فرش پر پڑا ہوا مردہ پایا گیا۔ شب خوابی کے کپڑوں کی رسیوں سے جو کہ اس نے اپنی کشمکش سے گردن کے گرد کس لی تھیں، اس کی تخنیق ہوگئی تھی۔

قاتلانہ تخنیق۔ قاتلانہ اور خودکشانہ تخنیق کی اضافی کثرت وقوع اس اضافی کثرت وقوع کا عکس ہے جو کہ موت بسبب پھانسی ہونے کی صورت میں پائی جاتی ہے۔ سنہ ۱۸۸۵ء سے لیکر سنہ ۱۸۹۵ء تک انگلستان اور ویلز میں تخنیق سے ۱۴۷ اشخاص قتل کئے گئے۔ ان میں سے ۱۲۱ ایک ماہ سے کم کے، ۵، ایک سال سے کم کے اور ۵ پانچ سال سے کم عمر کے تھے۔ بعد کے دس سالوں (decade) یعنی سنہ ۱۸۹۵ء سے لیکر سنہ ۱۹۰۴ء تک میں تخنیق سے ۱۵۷ اشخاص قتل کئے گئے۔ ان میں سے ۱۲۸ تو ایک ماہ سے کم، ۵ ایک سال سے کم اور ۴ پانچ سال سے کم عمر کے تھے۔ بعد کے ۷ سالوں میں یعنی سنہ ۱۹۰۵ء سے لیکر سنہ ۱۹۱۱ء تک میں ایسی اموات کی تعداد ۱۲۳ تھی، جن میں ۸۰ تین ماہ سے کم عمر کے بچے تھے۔ جیسا کہ تخنیق میں ہوتا ہے، گلا بھینچنے پر بے ہوشی بسرعت ظہور پذیر ہوتی ہے۔ لہذا مضبوط سے مضبوط آدمی بھی اگر اس پر بے خبری کی حالت میں حملہ کر دیا جائے، نہ تو مدافعت کر سکتا ہے، اور نہ مدد کے لئے چلا سکتا ہے۔ کسی شخص کی تخنیق، بہ نسبت پھانسی دینے کے آسان تر ہے، کیونکہ قوت مضیقہ، جوں ہی کہ بندش کو گردن کے گرد ڈالا جاتا ہے، اسی لحظہ بروئے کار لائی جا سکتی ہے۔ لیکن قاتلانہ پھانسی میں مقتول مزاحمت کرتا ہے، کیونکہ قوت مضیقہ جبتک کہ جسم زمین پر سے اٹھ نہ جائے، اس وقت تک بروئے کار نہیں آتی، لہذا وہ اس اثنا میں گردن پر ڈوری محسوس کرتا اور چوکنا ہو جاتا ہے۔ لیسر[1]

[1] Atlas der ger. Med. (Zweite Abtheilung), 1890

(Lesser) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ خواہ مقتول طاقتور آدمی ہی کیوں نہ ہو، بہت آسانی سے اس کا گلا مخنوق کیا جا سکتا ہے۔ ایک ۲۷ سالہ آدمی جو کہ کامل جسمانی اور ذہنی قوا کا مالک تھا، کرسی پر بیٹھا ہوا تھا۔ اسکی گردن میں پیچھے سے ایک ڈوری ڈال دی گئی۔ اس ڈوری کے سروں کو ایک دوسرے کے قریب لایا گیا، اور ان کو دو مرتبہ اور گردن کے گرد لپیٹا گیا۔ پھر ان سروں کو سامنے ایک گرہ دیکر باندھ دیا گیا، اور دائیں زیرین جبڑے کے زاویہ کے قریب ایک دوسری گرہ دے کر دوبارہ باندھا گیا۔ مقتول بے ہوش ہو کر گر پڑا، اور اس نے مزاحمت کی بالکل کوشش نہ کی۔ اس جرم کا ارتکاب ایک تنہا آدمی نے کیا۔ ایک بالغ کو ایک کمرے میں مخنوق کر دیا گیا۔ اس کمرہ کو ایک دوسرے کمرے سے محض ایک چوبی پردہ جدا کرتا تھا، لیکن اس دوسرے کمرے میں جو اشخاص تھے، انہوں نے بالکل کوئی مشتبہ آواز نہیں سنی۔

اس عام اصول کے مطابق کہ قاتل اپنے مقصد کی تکمیل کے لئے ضرورت سے زیادہ تشدد استعمال کرتا ہے، قاتلانہ تخنیق کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں اس سے کہیں زیادہ مقامی تضرر پایا جاتا ہے کہ جتنا اتفاقیہ یا خودکشانہ تخنیق میں پایا جاتا ہے۔ تشخیص زیادہ تر خودکشی اور قتل کے درمیان کرنے کی ضرورت ہے، کیونکہ مشتبہ قتل کی وارداتوں میں اتفاقیہ تخنیق کا عذر شاذ و نادر ہی پیش کیا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ماحول آسانی سے اس سوال کا تصفیہ کر دیتا ہے۔ گردن میں نشان کے نیچے دعابدریاں گو قتل کی جانب اشارہ کرتی ہیں، لیکن ان کو قتل کی علامت نہیں قرار دیا جا سکتا۔ علی ہذا القیاس بیرونی تضررات مثلاً رگڑیں۔ جلد کی خراشیدگیاں، اور خفیف کوفتگیاں بھی اس سے زیادہ اہمیت نہیں رکھتیں۔ یہ صرف اشتباہ آفریں علامات ہیں، لیکن اس سے زیادہ کچھ نہیں۔ بخلاف اس کے درقی، یا طلقی غضروفوں، یا لامی ہڈی کے کسر واضح طور پر قتل کی علامت ہیں، کیونکہ یہ اتفاقیہ تخنیق میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ لیکن

تشخیصی مقاصد کے نقطۂ نظر سے یہ امر قابل افسوس ہے کہ قاتلانہ تخنیق میں یہ تضررات لیسا اوقات مفقود ہوتے ہیں تخنیق سے، اس وقت جبکہ بہرا انر تشدد کے ساتھ عمل میں لائی گئی ہو، کانوں سے نزف واقع ہوگیا ہے، لیکن یہ استثنائی طور پر شاذ ہوتا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ طبل (tympanum) مشقوق ہو جائے، گوکہ یہ مشقوق بھی ہو چکا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ طبل سے باہر منفذ (meatus) سے خون نکلا ہوا ہو، اور اسکی وجہ یہ ہو کہ چھوٹے اوپری عروق مشقوق ہوگئے ہوں اسی طرح جس طرح پر زیر جلدی و عابد ریاں بنتی ہیں اور منصب شدہ خون جلد کے خفیف انشقاقات کی راہ باہر نکل آیا ہو۔ لیکن طبل مشقوق ہوئے بغیر کانوں سے نزف ہونا خودکشانہ تخنیق میں بھی دیکھا گیا ہے۔ زبان کا نکل کر دانتوں کے ساتھ لگ جانا یا ان کے درمیان سے بروزکرآنا اور مقلات العیون کا بروزکرآنا، بہ نسبت پھانسی کے تشدد دانہ تخنیق میں زیادہ ممکن الوقوع ہے، لیکن یہ کوئی ایسی امارت نہیں جو مستقل ہو۔ چہرہ ازرق یا سیاہی مائل سرخ رنگ کا اور متورم ہو سکتا ہے، لیکن جیسا کہ مقلات العیون کے بروزکرآنے کی صورت میں پیش آتا ہے، اگر یہ حالت بوقت موت موجود ہو، تو بندش دور کرنے پر زائل ہو جاتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ تشددانہ تخنیق کے بعد چہرہ پیلا پایا جائے۔ قاتلانہ تخنیق کے بعد منہ اور نتھنوں سے خون نکلتا دکھائی دیا ہے۔ ایسے واقعات میں اغلب یہ ہے کہ فعل کا تشدد ہی اس کا وحید سبب نہیں ہوتا، بلکہ مقتول مدافعت کی جو انتہائی مساعی کرتا ہے، ان سے قبل اس کے کہ بندش کس جائے، اور دوران خون بالکل بند ہو جائے، سر کے دموی عروق غیر مناسب طور پر متمدد ہو جاتے ہیں۔ خودکشانہ تخنیق میں بھی نتھنوں سے نزف واقع ہوا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ خودکشندہ بندش کو زیادہ سے زیادہ کسنے کی کوشش کرنے میں شدت برتتا ہے۔

172

عمومی تشدد کی امارات کی جستجو کرنا چاہیے، جو کہ قتل کی دلیل ہیں جیسا کہ سابق میں بیان کیا جا چکا ہے، تخنیق کے نشان کے قرب وجوار

میں رگڑوں یا تسلخات کا پایا جانا گو کہ اشتباہ آفرین ہے تاہم اسکو قاتلانہ تشدد کا ثبوت نہیں قرار دیا جا سکتا۔ ممکن ہے کہ وہ بندش سے اسکے اپنے آخری مقام پر پہنچنے سے قبل پیدا ہو گئی ہوں یا خودکشندہ کے بندش کو نوچنے کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہوں، خاصکر جبکہ اس کے ناخن لمبے ہوں۔ جسم کے باقی حصہ کا بھی زخموں اور کوفتگیوں کے لئے بغور امتحان کرنا چاہئیے۔ مثلاً ممکن ہے کہ شانوں کی پشت پر اس مخالف دباؤ کے اثرات پائے جائیں جو کہ بندش کستے وقت مقتول کو تھامنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ مزعومہ خودکشانہ پھانسی کے موضوع پر بحث کرتے وقت یہ بیان کیا گیا تھا کہ ممکن ہے کہ موت مختلف قسم کے تشددات سے واقع ہوئی ہو، اور بعد میں لاش کو گردن کے ذریعہ اس طرح لٹکا دیا گیا ہو کہ جس سے پھانسی کا دھوکا ہو۔ ایسے واقعات میں، اس وقت جبکہ موت تخنیق کا نتیجہ ہو، غالباً گردن پر دو نشانات ہوں گے۔ لیکن یہ منظر خودکشانہ پھانسی میں بھی اس وجہ سے پیدا ہو گیا ہے کہ کچھ مدت کی آویزش کے بعد گردن پھندے میں سے کھسک کر اور آگے ہو گئی ہے۔

قاتلانہ تخنیق، متشددانہ موت کے ان طریقوں میں سے ایک نمایاں حیثیت رکھتی ہے کہ جن کا کوئی فرد وقتاً فوقتاً بہانہ کرتا ہے۔ ایسا فرد کسی رقم زر کی گم شدگی کی، جو اس کو تفویض کی گئی ہو، اور جو اس نے غبن کر لی ہو، توجیہہ یہ کہکر کرتا ہے کہ یہ رقم اس کو بے ہوش کر کے چھین لی گئی ہے۔ یا کسی شخص پر، جس کے ساتھ اس کو بغض ہو، قاتلانہ فعل کا الزام لگا کر اس سے انتقام لینا چاہتا ہے۔ ہسٹریا زدہ (hysterical) عورتیں بغیر کسی بدیہی وجہ کے بہانہ کراتی ہیں۔ قاتلانہ تخنیق کے تمام مزعومہ واقعات میں، جن میں مصابہ کو کوئی بیرونی تضرر نہ پہنچا ہو، طبیب کو چاہئیے کہ کسی قدر تشکک سے کام لے لیکن تشکک کا پہلے ہی اظہار نہیں کر دینا چاہئیے۔ طبیب کا ذہنی رویہ ایسے شخص کے مثل ہونا چاہئیے جو یقین لانے میں خالی الذہن ہو، لیکن پھر بھی یہ ضروری ہو کہ اسکو یقین دلایا جائے۔ جب طبیب کسی مصاب کو

سب سے پہلے دیکھتا ہے تو وہ کافی عدالتی ذہنیت کام میں نہیں لاتا اگر کام میں لاتا ہوتا تو قاتلانہ تشدد کے اتہامات کبھی سننے میں نہ آتے۔ طبیب دوسروں کے بیانات کی جنہوں نے مزعومہ مصاب کو سب سے پہلے معلوم کیا ہے، صحت کے امکان کا کافی مُوازنہ کئے بغیر ہی ان کو تسلیم کرا لیتا ہے۔

ٹارڈیو (Tardieu) نے اس طرح کی کئی مثالیں بیان کی ہیں۔ ایک یہ ہے کہ ایک آدمی جس کے متعلق بیان کیا گیا تھا کہ وہ تقریباً بے جان حالت میں ہے، ایک حجرہ میں پایا گیا اس حالت میں کہ اس کے ہاتھ اور پاؤں جکڑے ہوئے تھے اور گردن کے گرد ایک ڈوری تین چار بار لپٹی ہوئی تھی لیکن بندھی ہوئی نہ تھی۔ یہ آدمی تین گھنٹہ میں بھلا چنگا ہو گیا لیکن بول نہیں سکتا تھا اس شخص نے بعد میں جو بیان دیا، اس کے مطابق وہ اس حالت میں جس میں وہ پایا گیا، گیارہ گھنٹہ سے تھا۔ اور اگرچہ یہ سارا معاملہ ایک صریح ڈھکوسلا تھا، تاہم اس بیان کی تائید میں طبی شہادت موجود تھی یعنی یہ کہ اس آدمی کے آقا نے اس کی تخنیق کرنے کا اقدام کیا ہے۔ ایک اور مثال یہ ہے کہ ایک لڑکی نے بیان کیا کہ اسے ایک سیاسی سازش کا نشانہ بنایا گیا ہے، یہ کہ ایک آدمی نے اس کی تخنیق کرنے کا اقدام کیا اور ساتھ ہی اس کو خنجر سے زخم لگایا ہے اس کا لباس کٹا ہوا تھا لیکن جسم نہیں کٹا تھا جب مزعومہ حملے کے بعد اس کو دیکھا گیا تو وہ گونگی تھی۔ ٹارڈیو (Tardieu) نے اس سے کہا کہ تم ایک منٹ میں بول پڑوگی، آخر کار وہ بولی اور اس نے اپنے فریب کا اقبال کر لیا۔

خودکشانہ تخنیق — اگرچہ تخنیق خودکشی کرنے کا ایک استثنائی طریقہ ہے، لیکن یہ اتنا شاذ بھی نہیں کہ جتنا زمانہ ماضی میں سمجھا جاتا تھا۔ خود تخنیق تقریباً ناممکن سمجھی جاتی تھی سوائے اس صورت کے کہ ضاغطہ (tourniquet) کی قسم کا کوئی آلہ استعمال کیا جائے مثلاً ڈوری اور گردن کے درمیان ایک چھوٹی سی چھڑی گذار کے اسے یہاں تک مروڑا جائے کہ اختناق پیدا ہو جائے۔ لیکن بے شمار تجارب سے ثابت ہو گیا ہے کہ مطلوبہ مضیق قوت اس طرح بھی بروئے کار لائی جا سکتی ہے کہ

بندش کو صرف گردن کے گرد ایک دو بار لپیٹ دیا جائے، خواہ اسکو باندھ دیا جائے، یا نہ باندھ دیا جائے۔ یہ امر کہ کس طریق پر یہ گرہ لگی ہوئی ہے اور گرہ کی مقامیت اور بناوٹ، یہ سب خودکشانہ اور قاتلانہ تخنیق کے درمیان امتیاز کرنے کے لئے بے حد اہمیت رکھتے ہیں۔ مثلاً (Maschka) کا خیال ہے کہ جب بندش گردن کے گرد کئی بار لپٹی ہوئی ہو، تو یہ قتل سے زیادہ خودکشی کی علامت ہے، کیونکہ بندش کو قاتل بہ نسبت کئی لپیٹوں کے، ایک لپیٹ کے ذریعہ زیادہ مضبوطی اور زیادہ جلدی سے کس سکتا ہے۔ اسکے بخلاف، قاتل کو اس امر سے کوئی شئے مانع نہیں ہے کہ وہ پہلے ایک ہی لپیٹ دے، اور جب بے ہوشی طاری ہو جائے تو ڈوری کو گردن کے گرد دو ایکبار اور لپیٹے تاکہ یہ امر یقینی ہو جائے کہ مقتول جانبر نہ ہوگا۔ لیسر (Lesser) کی قاتلانہ تخنیق کی مثال میں جو کہ اوپر بیان ہو چکی ہے، ڈوری میں بہت سی لپیٹیں تھیں۔ گرہ کی مقامیت اختلاف پذیر ہوتی ہے، سب سے عام طور پر یہ سامنے یا ایک جانب پر پائی جاتی ہے، بالعموم بائیں جانب پر، اور استثنائی طور پر گردن کے پیچھے بھی پائی گئی ہے۔ خودکشی کرنے والے کی یساریت اور یمینیت، گرد کی مقامیت پر اثر رکھتی ہے۔ ایک سے زیادہ گرہ ہونا خاصکر جب کہ ایک گرہ دوسری گرہ سے، گردن کے گرد ایک مزید لپیٹ کے ذریعہ جدا ہو، قتل کی جانب اشارہ کرتا ہے۔ اور گرہ کی بناوٹ جتنی زیادہ کامل ہوگی، اتنا ہی خودکشی کا امکان کم ہو جائے گا۔ گرہ کی بناوٹ میں کوئی امر عجیب ہو۔ تو اس کا خیال رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات گرہ کی بناوٹ سے گرہ لگانے والے شخص کے پیشہ کا پتہ ملتا ہے۔ مثلاً ملاح ان لوگوں سے جو زمین پر رہتے ہیں، مختلف قسم کی گرہ استعمال کرتے ہیں۔ بندش جس چیز کی بنی ہوئی ہے، اس سے بھی کچھ پتہ مل جاتا ہے۔

یہ امر کہ بندش سے کس قدر تشدد پیدا ہوا ہے، ایک مفید علامت ہے۔ درقی اور حلقی غضروفوں اور لامی ہڈی کے کسروں کے

متعلق تو یہ تقریباً یقین سے کہا جا سکتا ہے کہ یہ خودکشی کو خارج از بحث کر دیتے ہیں۔ اور یہ بیان عضلوں کے، اور سباتی شریان کے اندرونی طبقات کے انشقاقات پر بھی صادق آتا ہے۔ اگرچہ خودکشانہ تخنیق میں نشان کے نیچے، یا اس کے گردونواح کے عضلات میں وعابدریاں موجود ہوتی ہیں، لیکن یہ وعابدریاں وسعت میں محدود اور زیادہ تر نقطہ نما نوعیت کی ہوتی ہیں۔ قاتلانہ تخنیق کے موضوع پر بحث کرتے وقت اس امر کی طرف توجہ مبذول کرائی گئی تھی کہ بعض اوقات خودکشی کا دھوکہ دینے کے لئے جسم کو بعد میں لٹکا دیا جاتا ہے، جس سے گردن کے گرد ایک دوہرا نشان پڑ جاتا ہے اسیطرح تخنیق کے ذریعہ خودکشی کی ابتدائی اور ناکام کوشش کے بعد بھی خود کو لٹکا لیا جاتا ہے۔ اگر دونوں نشانات کا احتیاط سے مقابلہ کیا جائے، تو اس امر کے متعلق رائے قائم کی جا سکتی ہے کہ موت حقیقتہً کس طریقہ سے ہوئی۔ اگر موت تخنیق کا نتیجہ ہو، تو زیرین افقی نشان میں، آویزش سے پیدا شدہ نشان کی بہ نسبت، زیادہ متشددانہ امارات پائی جائیں گی۔ اور اگر موت پھانسی کا نتیجہ ہو، تو پھر صورت حال اس کے برعکس ہوگی۔

عمومی تشدد کی امارات مفقود ہوتی ہیں، قطع نظر ان امارات کے جو کہ بندش لگانے سے پیدا ہوں، یعنی گردن پر رگڑیں اور خفیف خراشیدگیاں (abrasions) — تخنیق سے قبل دوسرے طریقوں سے زندگی ختم کرنے کی ناکام مساعی کا امکان ہرگز نظر انداز نہیں کرنا چاہیئے۔ اگر لاش کو اپنی جگہ سے ہٹانے سے قبل امتحان کیا جائے، تو لباس اور ماحول کی چیزوں کی حالت سے معلوم ہو جائے گا کہ کشمکش ہوئی ہے، یا نہیں، لیکن یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ قاتل ایسی علامات کو مٹا بھی دیتا ہے۔ اور یہ بھی معلوم ہے کہ خودکشندہ اشخاص اپنی زندگی کا خاتمہ کرنے سے قبل اس طرح کے جوش جنوں سے متاثر ہوئے ہیں کہ انھوں نے تمام ماحول کو درہم برہم کر دیا ہے۔ ذیل کے واقعات بتاتے ہیں کہ خودکشانہ تخنیق کس طریقہ سے انجام دی جاتی ہے۔

فلیپی[۵۱] (Filippi) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے کہ ایک پاگل نے اپنی گردن

۵۱ Rivista Sperimentale di fren e med. legale, 1879.

کے گرد ایک اُونی چیتھڑا دو بار لپیٹا، اور اس کو گردن کے سامنے باندھ کر اپنی تخنیق کر لی۔ فرانسس[1] (Francis) نے ایک اور پاگل کا واقعہ درج کیا ہے، جس نے اپنا گلا اس طرح تخنیق لیا کہ گردن کے گرد ایک رسی لپیٹی، اور اس کے دونوں سروں کو اپنی کلائیوں سے باندھ دیا، پھر بازوؤں کو تا بحد امکان بسط کر دیا۔ وہ اپنی اصلی رکوعی حالت سے ایک طرف کو گر گیا اور مردہ پایا گیا۔

174

آگسٹن[2] (Ogston) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے کہ ایک معمر آدمی کی لاش جنگل میں پائی گئی، اور اس کی گردن کے گرد ایک گلو بند ایک سے زیادہ مرتبہ لپیٹا ہوا تھا۔ گلو بند کے چنبر میں سے ایک چھڑی گزار کر اس طرح مروڑی گئی تھی کہ جس سے حلقہ کسا جائے۔ آگسٹن نے گلو بند کی بیرونی تہ کے ترچھے پن سے پہلے پہل یہ سمجھا کہ لاش چھڑی کے ذریعہ زمین پر سے گھسیٹی گئی ہے، لیکن محتاط امتحان کے بعد وہ اس نتیجہ پر پہنچا کہ گلو بند کے ترچھے پن کی وجہ، ایک آخری اور فیصلہ کن کش مکش تھی۔ اس چھڑی نے جو کہ نوخیز درختوں کے ایک جھنڈ میں پھنسی ہوئی تھی، بندش کو مضبوط پکڑ رکھا تھا، اور جسم کی حرکات چھڑی کو اس وضع میں لے آئی تھیں۔

تخنیق گلا گھونٹ کر

جب خالی ہاتھوں سے تخنیق کی جائے، تو اس فعل کو گلا گھونٹنا (throttling) کہتے ہیں۔

لاش پر لینگر یوٹر (Langreuter) نے جو تجربات کئے ہیں، وہ اس امر کی مثال پیش کرتے ہیں کہ بیرونی دباؤ سے ہوائی گزر گاہ بہت آسانی کے ساتھ

[1] Med. Times and Gazette, 1876.

[2] Lectures on Med. Jurisp., 1878.

مسدود کی جا سکتی ہے (دیکھو باب پھانسی پر کا)۔ یہ دیکھا گیا کہ اگر انگوٹھا اور انگلیاں علی الترتیب غضروف درقیہ کے دونوں پہلوؤں پر بیرونی جانب رکھدی جائیں تو ذرا سا دباؤ بھی احبال الصوتی کے درمیانی روزن کو بند کرنے کے لئے کافی ثابت ہوتا ہے۔ اگر اس سے قوی تر دباؤ ڈالا جائے تو احبال صوتی ایک دوسرے پر متراکب ہو جاتی ہیں۔ جب حنجرہ اور لامی ہڈی کے درمیان قوی دباؤ ڈالا گیا، تو ہوائی گزر گاہ بیشتر ببوچی ملبی (ary-epiglottic) رباطوں کے اقتراب کی وجہ سے بند ہو گئی۔

گلا گھونٹنے کے سلسلہ میں جن امور کی طرف خاص طور پر توجہ دلانا ضروری ہے، وہ صرف وہ اندرونی اور بیرونی مناظر ہیں، جو کہ گردن پر انگلیوں کے دباؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عمومی اندرونی اور بیرونی مناظر وہی ہوتے ہیں جو کہ تخنیق کی دیگر شکلوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔

نشانات کی مقامیت۔ بالعموم یہ گلے کے سامنے دونوں جانبوں پر اور زیرین جبڑے کے ذرا نیچے پائے جاتے ہیں، کبھی یہ بہت ہی پیچھے یعنی زیرین جبڑے کے زاویہ کے قریب پائے جاتے ہیں۔ ہو سکتا ہے کہ وہ اس قدر منفصل ہوں کہ ٹھیک وہ مقام جہاں انگلی تھی نظر آ جائے۔ لیکن بسا اوقات وہ اس قدر پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں کہ ان کو الگ الگ شناخت نہیں کیا جا سکتا۔ وہ ڈوری کے ایک منقطع نشان سے اس طرح تمیز کئے جا سکتے ہیں کہ وہ سب ایک لیول پر نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ یہ نشان کم و بیش انگلی کے سروں کی شکل سے متناظر ہوں لیکن بسا اوقات یہ آس پاس کے وعائی خون کی دررېختگی کی وجہ سے بے قاعدہ خاکہ کے ہوتے ہیں۔ ناخنوں کے ارتسامات، ہلالی چھاپوں کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ اور اگر بہت کشمکش ہوئی ہو تو گلے کی جلد خراشیدہ اور متسلخ ہو گی۔ اگر حملہ آور ایمن ہے تو انگوٹھے کا نشان گردن کے دائیں جانب ہو گا۔ اور اگر بایاں ہاتھ استعمال کیا گیا ہے، تو یہ نشان بائیں جانب ہو گا۔ نشانات کا منظر اگر معائنہ موت کے بعد جلدی کیا جائے تو کوفتگی کا ہو گا۔ اگر امتحان کچھ دیر کے

بعد کیا جائے، تو یہ نشانات خشک، قرنی، اور چرم نما صورت کے دکھائی دیتے اور محسوس ہوتے ہیں، جیسے کہ پھانسی کی ڈوری سے پیدا شدہ نشان کی ایک شکل میں بیان کئے گئے ہیں۔ اس کی وجہ، جلد کا انگلیوں کے درشت مس سے منضر رہونا اور جلد کی برہنہ سطح سے تبخیر واقع ہونا ہے۔

175 غالباً لاش کے کسی نہ کسی حصہ پر تشدد کی عمومی امارات دکھائی دیں گی۔ مصاب پر بحالت استادگی حملہ کیا جاتا ہے، اور گرنے میں سر کو آسانی سے چوٹ لگ جاتی ہے۔

تراشیدگی کرنے پر زیر افتادہ نرم بافتوں میں وعا بدرغون کی بالعموم ایک معتد بہ مقدار پائی جاتی ہے، اور بسا اوقات درقی اور حلقی غضروفوں اور لامی ہڈی کے کسر پائے جاتے ہیں۔ سباتی شرائین تضرر سے بچ جاتی ہیں۔ گالوں پر دانتوں کا زور سے دب جانا گالوں کی اندرونی سطح کی ورید گیاں پیدا کر دیتا ہے۔

یہ بالعموم کہا جاتا ہے کہ گلا گھونٹنا لازماً اور ہمیشہ ایک قاتلانہ فعل ہوتا ہے۔ چنانچہ اس امر کو کہ حادثہ سے گلا گھٹ سکتا ہے نظر انداز کیا جا سکتا ہے، اسیطرح یہ ایک ناممکن امر قرار دیا گیا ہے کہ کوئی شخص خالی انگلیوں سے اپنا گلا گھونٹ کر خودکشی کر لے۔ یہ صحیح ہے کہ اغراض کے نقطۂ نظر سے گلا گھونٹنا صرف ایک قاتلانہ فعل ہی قرار دیا جا سکتا ہے، بایں ہمہ بنر[۱] (Binner) نے ایک خودکشانہ گلا دبانے کی بھی ایک تنہا مثال درج کی ہے۔ ایک ۴۰ سالہ عورت جو کہ مالیخولیا میں مبتلا تھی اور زمانہ ماضی میں بھی کئی بار خودکشی کرنے کا اقدام کر چکی تھی، مردہ پائی گئی۔ اس کی یہ حالت تھی کہ دونوں ہاتھوں سے اپنا گلا دبائے بستر پر جھکی ہوئی تھی۔ اس کی کہنیاں گھٹنوں پر ٹکی ہوئی اور پشت دیوار کیساتھ لگی ہوئی تھی۔ اسکے گلے کے دونوں جانب ناخنوں کے نشانات تھے۔ موت

کی وجہ انگلیوں سے گلے کا مضغوط ہونا تھا۔

۱۸۸۴ء میں قاتلانہ طور پر گلا گھونٹنے کے ایک مقدمہ کی لورپول ونٹر اسائز (Liverpool Winter Assize) کے روبرو سماعت ہوئی۔ ایک مرد اور ایک عورت کسی مکان میں کچھ دیر تک اکٹھے رہے۔ بعد میں مرد باہر جاکر مدد کا متلاشی ہوا" کیونکہ اس کی عورت تنور میں گر پڑی تھی اور اسے خوف تھا کہ کہیں مر نہ گئی ہو"۔ یہ دیکھا گیا کہ وہ کرسی پر بیٹھی ہوئی ہے، سر اس کا دیوار پر ٹکا ہوا ہے، اور وہ مری پڑی ہے۔ میز اور کمرے کے فرش اور دیوار پر خون کے نشانات تھے۔ لاش کا معائنہ کرنے پر بائیں کان کی لو کے عین نیچے ایک کو فتگی پائی گئی، اور دائیں کان سے ½ انچ نیچے ایک اور کوفتگی پائی گئی تھی۔ دونو کوفتگیوں میں اوپری دعابدری عیاں تھی، اور دائیں طرف کی کوفتگی کی سطح سے آدھ انچ نیچے ایک دوسری عمیق تر دعابدری موجود تھی۔ دونوں بھوؤں پر، دائیں کلائی اور بائیں ہاتھ کی چھنگلی کے ڈگے پر، اور منہ کے دونوں گوشوں پر اور بھی دعابدریاں پائی گئیں۔ زبان اور مسوڑے بھی متضرر تھے، اور بالائی جبڑے کا ایک دانت جزئی طور پر اکھڑا ہوا تھا، گلے کی عمیق تر ساختیں غیر متضرر تھیں۔ اندرونی امارات وہ تھیں جو کہ اختناق سے واقع شدہ موت کی ہوتی ہیں۔ دماغ اور اغشیہ سخت ممتلی تھے۔ مرد کو قصوروار ٹھہرایا گیا۔[1]

دم گھٹنا۔ اغتصاص

(Suffocation)

جب پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ، گلے کے بیرونی بھنچاؤ، اور غرقابی کے علاوہ کسی دیگر ذریعہ سے روک دیا جائے، اور اس کا نتیجہ موت ہو، تو کہا جاتا ہے کہ یہ موت اغتصاص کا نتیجہ ہے۔

---

[1] Med. Chron., 1885.

اختناق سے واقع شدہ موت کے جو دیگر اسالیب پیشتر بیان کئے جاچکے ہیں، وہ لازماً اور خالصتاً ایسے بیرونی اثرات کا نتیجہ ہیں جو کہ اتفاقیہ یا بالارادہ بروئے کار آتے ہیں۔ ان اسالیب سے اغتصاص اس امر میں مختلف ہے کہ یہ بیرونی عامل کے علاوہ مرضیاتی اسباب سے بھی واقع ہوسکتا ہے۔ سب کے سب مرضیاتی حالات جو اغتصاص سے موت واقع کرتے ہیں، گنوانے کی ضرورت نہیں ہے۔ بطور مثال چند حالات پیش کئے جاتے ہیں۔ بچوں میں مزمار کا تشنج، یا ہوائی گذرگاہوں میں ارتشاحی حاصلات کا جمع ہوجانا، بالغوں میں مزمار کا اڈیما، احبال الصوتی کا شلل، کسی بلعومی پھوڑے یا صدری انیوریزم (aneurysm) کا قصبتہ الریہ میں پھٹ جانا اغتصاص سے دفعتاً موت واقع کردیتا ہے۔ ان حالات، اور ان سے مماثل حالات کے متعلق صرف اتنا ہی کہا جاسکتا ہے کہ مشتبہ واقعات میں موت کے سبب کی جستجو کرتے وقت، ان کے امکانی وقوع کو، جو کہ موت کے بعد کچھ نشان باقی نہیں چھوڑتے، کبھی فراموش نہیں کرنا چاہیئے۔ 176

اغتصاص بیرونی اسباب سے بھی واقع ہوسکتا ہے۔

(۱) ہوائی گذرگاہوں میں اجسام غریبہ کے ادخال سے (۲) سینہ کو زور سے دبانے سے (۳) اور منہ اور ناک کو بند کردینے سے (دم بستگی) (smothering)۔

(۱) ہوائی گذرگاہوں میں اجسام غریبہ اتفاقیہ اسباب سے، بچوں اور بالغوں میں داخل ہوسکتے ہیں۔ بالعموم یہ شئے غریبہ کسی قسم کی غذا ہوتی ہے، خواہ ٹھوس ہو یا لئی جیسی ہو، بہ براہ راست داخل ہوسکتی ہے، مثلاً ابتلاع کے فعل میں۔ یا معدہ میں سے بازرو ہوتی ہے اور منہ میں سے خارج ہوجانے کی بجائے ہوائی گذرگاہوں میں جاتی ہے۔ حنجرہ میں غذا داخل ہوجانے کی وجہ اکثر اوقات یہ ہوتی ہے کہ دوران فعل ابتلاع میں فوری استعجاب، یا قہقہہ سے تہبیق کی ایک غیر ارادی حرکت واقع ہوتی ہے۔ مثلاً ایک آدمی

جو کہ مخمور ہے، قے کرتا ہے، چونکہ اس کی معکوس فعالیت کم ہوتی ہے لہٰذا اس امر کی کوئی کوشش نہیں کی جاتی کہ قے شدہ مادہ حنجرہ میں کشش نہ ہونے پائے۔ ایسا بغیر نشے کے واقع بھی ہو سکتا ہے۔ کوٹین[1] (Coutagne) نے ایک ۴۴ سالہ عورت کا واقعہ بیان کیا ہے جو ناسازی طبیعت کے باعث ایک دوا فروش کی دکان میں گئی، اور داخل ہوتے ہی اس کو قے ہو گئی، پھر ازرق ہو گئی اور آن کی آن میں مر گئی۔ امتحان لاش پر معلوم ہوا کہ معدہ بہت متسع ہے اور اس میں دو کوارٹ (quart) سے زیادہ نیم سیال غذا پڑی ہوئی ہے، جس کا کچھ حصہ مری، بلعوم، منہ اور انفی کھفوں کے اندر پہنچ گیا ہے۔ مزمار سے لیکر قصبۃ الریہ کے تشعب تک گذرگاہ صاف تھی۔ شعبتین (bronchi) نیچے صغیر تر شاخوں تک کامل طور پر مسدود تھیں۔ زیر پلوری کدمات بالکل نہیں تھے، لیکن پھیپھڑے بہت بڑے بڑے تھے۔ پھیپھڑوں کو تراشنے پر ان سے اس افراط سے کف آمیز مصل خارج ہوا کہ غرقابی سے پیدا شدہ ریوی اڈیما کے منظر سے مشابہت پیدا ہو گئی۔ بایں ہمہ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ موت کے بعد جب لاش ایک جگہ سے دوسری جگہ لیجائی جاتی ہے، تو عین ممکن ہے کہ اس سے معدہ کے سیال تر مشمولات بالائی ہوائی گذرگاہوں میں گھس جائیں لیکن باریک تر شعبتوں میں ان کی موجودگی، حیوی تنفس کا ثبوت مہیا کرتی ہے۔ اس طریق سے بچوں کا بآسانی اختناق ہو سکتا ہے۔ مچل[2] (Mitchell) نے ایک ۵ سالہ لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس نے کھانا کھانے کے بعد ایک نارنگی کھائی، جس سے اس کی طبیعت ناساز ہو گئی، اور اس کو بستر پر لٹا دیا گیا۔ اس کے تھوڑی دیر بعد یہ پایا گیا کہ وہ مر وہ ہے اور اس کے بستر پر کچھ قے کردہ مواد پڑا ہوا ہے۔ ماں کو جو کہ کمرے میں شروع سے آخر تک موجود تھی کوئی بھی غیر معمولی چیز سنائی نہیں دی۔ حنجرہ کو کھولنے پر فتحۂ مزمار (rima glottidis) میں نارنگی کا گودا مغروز شدہ پایا گیا۔ بعض واقعات میں، اور بالخصوص اس وقت

[1] Annales d Hygeine 1893.　[2] Brit. Med. Journ. 1895.

جب کہ فرد پیرانہ سال ہو، موت نہایت سرعت سے واقع ہوتی ہے، لیکن امتحان بعد الموت پر اختناق سے واقع شدہ موت کی امارات تمامتر مفقود پائی جاتی ہیں۔ نہ تو پھیپھڑوں، دماغ اور دائیں قلب میں زراق، اور نہ موت کے بعد فراوانی خون پائی جاتی ہے۔اس طرح کے واقعات میں اغلب یہ ہے کہ موت غشیاں (syncope) کا نتیجہ ہوتی ہے۔ پیرنؒ (Perrin) نے بھی اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ اختناق سے واقع شدہ موت کی بعد الموت امارات، ممکن ہے ایسے حالات میں کہ جن میں ان کے پائے جانے کا گمان ہے، مفقود ہوں۔ اس نے اور تمثیلی واقعات بھی پیش کئے ہیں۔ ایک ۶۲ سالہ مریض اثنائے طعام میں دفعتہً اپنے ہمنشین کے زانوؤں پر گر کر مر گیا۔ امتحان پر اسکا قلب اتساد ہ اور اکڑا ہوا پایا گیا، اور لسانی کہی (glosso-epiglottic) حفرہ میں ایک غذا کی پوٹ پائی گئی، جو کہ بندق (hazel-nut) کے برابر بڑی تھی۔ قصبۃ الریہ کے درونہ کو اس کے پانچویں حلقے کے قریب، ایک استوانہ نما پوٹ روکے ہوئی تھی، جو کہ تقریباً ½ ۲ انچ لمبی تھی، اور نیچے نقطۂ تشعب تک پہنچی ہوئی تھی۔ پھیپھڑے طبعی، اور کدمات سے مبرا تھے۔ قلب کی بائیں جانب خالی تھی، اور دائیں جانب میں چند چمچہ بھر نیم سیال خون تھا۔ ایک اور شخص جو کہ ۶۸ سال کا تھا، ایک قہوہ خانہ سے نکلا اور دفعتہً گر پڑا، اس طرح کہ گویا اس پر بجلی گر پڑی ہے۔ امتحان لاش پر یہ معلوم ہوا کہ بلعوم کا پچھلا حصہ ایک پراٹھے کی پوٹ سے بھرا ہوا ہے، جو کہ مزمار تک چلی گئی ہے، اور ملک اٹھا ہوا ہے۔

یہ شرط نہیں ہے کہ ہوائی گذرگاہیں شئے غریبہ سے مسدود ہی ہو جائیں تو اختصاص واقع ہوتا ہے۔ اگر کوئی چھوٹا سا جسم غریبہ داخل ہو کر احبال صوتی پر، یا ان کے درمیان جاگزین ہو جائے تو اس سے بھی یہ ممکن ہے کہ مزمار تشنجی طور پر مسدود ہو جائے اور موت واقع ہو جائے۔ اوڈن

177

ل Poulet on Foreign Bodies in Surg. Practice 1881.

کالج (Owens College) میں ایک نمونہ پڑا ہے، یہ ایک آدمی کی لاش سے حاصل کیا گیا، جو کہ مندرجہ ذیل حالات کے ماتحت مر گیا۔ آدمی کو، جو کہ کسی قدر مخمور تھا، ایک شراب خانہ سے نکال دیا گیا۔ جب اس نے دوبارہ اندر گھسنے کی کوشش کی، تو اس کی انگلی ایک کواڑ میں پھنس گئی۔ کچھ دیر بعد وہ بازار میں مردہ پڑا ہوا دکھائی دیا۔ اس کی لاش کو مانچسٹر شاہی شفاخانہ (Manchestor Royal Infirmary) میں لے جایا گیا۔ پروفیسر ینگ نے (Young) جو کہ اس زمانہ میں وہاں کا مرضیات دان تھا، بعد الموت امتحان کیا لیکن اسکو کوئی سبب معلوم نہ ہوا۔ بالآخر حنجرہ کو کھولنے پر مزمار کے بالکل نیچے جلد کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا دیکھا گیا۔ لاش کے مزید امتحان سے یہ دریافت ہوا کہ یہ جلد کا ٹکڑا دائیں ہاتھ کی انگشت شہادت سے جُدا ہوا ہے۔ غالباً ہوا یہ تھا کہ تفرر پہنچنے پر اس شخص نے درد کو تسکین دینے کے لئے انگلی کو منہ میں ڈال لیا تھا اور جلد کا متذکرہ صدر ٹکڑا تقریباً الگ ہو گیا تھا، جو کہ ایک سریع شہیق کے ذریعہ اڑ کر احبال صوتی کے درمیان جا کر پھنس گیا تھا۔

ہوائی گذرگاہوں میں اجسام غریبہ کے ادخال سے واقع شدہ قاتلانہ اغتصاص شیرخواروں اور کمسن بچوں کے سوا شاذونادر ہی پایا جاتا ہے۔ بچوں میں جو اشیاء ہوائی گذرگاہوں میں ٹھونس دی جاتی ہیں، وہ مختلف ہیں، مثلاً کپڑے کے تہ کئے ٹکڑے، کاغذ کے ٹکڑے، ریت، مٹی، مصنوعی جھنجنیاں۔ آخر الذکر اس بیان کو تقویت دینے کے لئے ٹھونسی جاتی ہیں کہ موت اتفاقیہ ہوئی۔ اجسام غریبہ کو ہوائی گذرگاہوں میں داخل کر کے جب بالغ قتل کئے گئے ہیں، تو وہ بالعموم اس وقت یا تو شراب کے زیر اثر تھے، یا سن رسیدہ اور کمزور اشخاص تھے۔ لٹل جون[1] (Littlejohn) نے ایک عورت کا واقعہ درج کیا ہے جو کہ دفعتاً مر گئی۔ امتحان پر ایک شراب کی بوتل کا کارک کفدار محافظ سے

---

[1] Edin. Med. Journ., 1885.

ڈھکا ہوا اور حنجرہ کے بالائی حصہ میں کس کر ٹھسا ہوا پایا گیا۔ (غالباً یہ عورت کے حلق میں اس وقت ٹھوس دیا گیا ہوگا جبکہ وہ مخمور ہوگی) اس کا ہر والا سرا جس پر کارک پیچ (corkscrew) کا نشان تھا، سب سے اوپر تھا۔ جواب دعویٰ یہ تھا کہ اس عورت نے اپنے دانتوں کے ذریعہ بوتل سے کارک کھینچا ہے، اور یہ کہ کارک اس کے حلق میں اتفاقیہ اتر گیا ہے لیکن ہر والے سرے کا اوپر کی طرف ہونا اس عذر کو غلط ثابت کرتا تھا۔ اور کفد ارمخاط جو اس کارک کو ڈھانکے ہوئے تھا، وہ یہ ظاہر کرتا تھا کہ کارک زندگی ہی میں داخل کیا گیا ہے۔ بلاشبہ یہ فعل قاتلانہ تھا۔ لیکن ملزم کو قصور وار نہیں ٹھہرایا گیا بلکہ "غیر ثابت شدہ" کا سکاچ (Scotch) فیصلہ دیا گیا۔

اجسام غریبہ کے ادخال سے خودکشانہ اغتصاص مجنونوں تک محدود ہے۔ دارالمجانین میں ایک ۳۸ سالہ عورت ایک دن علی الصبح بستر پر مردہ پائی گئی اور اس کے منہ سے ایک جراب (stocking) کا کچھ حصہ نکلا ہوا تھا، موت اغتصاص سے واقع ہوئی تھی۔ دوسرے مریضوں نے جو کہ اسی کمرے میں سوتے تھے کوئی شور یا ہلچل یا غیر معمولی بات نہیں دیکھی۔ تفتیش پر ایک لمبی جراب پیش کی گئی جو کہ ہوائی گذرگاہوں میں سے بڑی مشکل سے نکالی گئی تھی[۱]۔ سانکی[۲] (Sankey) نے ایک مصروع (epileptic) آدمی کا ذکر کیا ہے کہ اس نے دارالمجانین میں خودکشی کر لی، اور مردہ پایا گیا۔ وہ بستر پر چت لیٹا ہوا تھا اور اس کے ہر نتھنے میں ایک گول سنگریزہ تھا، اور اس کے حلق میں ایک فلالین کا تنہ کردہ ٹکڑا ٹھنسا ہوا تھا۔

(ب) سینہ پر جبری دباؤ سے اتفاقیہ اغتصاص اس وقت واقع ہو سکتا ہے کہ جب بہت سے لوگ کسی جشن عامہ کے مواقع پر ایک جگہ جمع ہوں، یا جب کسی مکان میں بہت ہجوم ہو، اور کسی شخص کے "آگ آگ"

۱؎ Brit. Med. Journal, 1882.

۲؎ Brit. Med. Journal 1888.

178

پکارنے سے بدحواسی پیدا ہو جائے۔ ۱۸۸۳ء میں سنڈرلینڈ (Sunderland) میں ایک حسرت انگیز واقعہ پیش آیا۔ ایک ایوان عامہ (public hall) کی گیلری میں زینہ پر سے کئی سو بچے نیچے کو بھاگے، اور ایک دروازہ کے پاس آکر جو کہ بند تھا، رک گئے۔ زینہ کے نچلے حصے میں جو رکاوٹ پیدا ہوئی اس کے باعث ۳۰۰ بچوں کا ایک ۷ - ۸ فٹ بلند انبار بن گیا کہ جس سے نکلنا محال تھا۔ اس سے تقریباً ۲۰۰ بچے مر گئے، زیادہ تر سینہ کے انضغاط سے، گو کہ پسلیاں نہایت ہی کم مثالوں میں ٹوٹیں۔ شاید اس کی وجہ طفلی ہڈیوں کی ملائمت ہو، یا اس زبردست کشمکش کا فقدان جو کہ بالغوں کے ہجوم میں واقع ہوتی ہے۔ لیمبرٹ (Lambert) نے جس نے اکثر لاشوں کا امتحان کیا، بیان کیا ہے کہ بعد الموت مناظر تقریباً یکساں تھے، یعنی چہرہ ممتلی اور پھولا ہوا تھا، گردن کے عروق میں ارغوانی یا سیاہی مائل تورم تھا، آنکھوں کے پپوٹے بند تھے، مقلات عینی برون کرر ہے تھے، پتلیاں بحد امکان پھیلی ہوئی تھیں، منہ اور نتھنوں کے گرد و پیش کف موجود تھا۔ ۲۴ گھنٹہ بعد یہ سب کچھ زائل ہو گیا، اور چہرہ پر امن سکون کا منظر پیش کرتا تھا۔ جیفی کرختگی تمام بچوں میں مفقود تھی اور تقریباً تمام مثالوں میں بول و براز خارج ہو چکا تھا۔

شیر خوار بچوں کا بستر پر اغتصاص۔ کبھی کبھی شیر خوار بچے جب کہ وہ بستر پر والدین یا دوسروں کے ساتھ سوئے ہوئے ہوں، اغتصاص سے مرے ہوئے پائے گئے ہیں، لیکن موت کے صحیح حالات کا دریافت کرنا ہر مثال میں آسان نہیں ہوتا۔ بلا شبہ ان واقعات میں یہ ہوتا ہے کہ شیر خوار بچہ کا سر تکیہ پر رکھ کر اس کو لٹا دیا جاتا ہے، اور وہ کھسک کر نیچے آجاتا ہے۔ پھر ماں سوتے سوتے، بستر کے کپڑوں کو کھینچ کر انکو اسکی گردن کے گرد اور سر کے اوپر ڈال دیتی ہے، جس سے بچہ کا اغتصاص ہو جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں ماں بچہ کو گرم رکھنے یا دودھ پلانے کے لئے سینہ سے لگا لیتی

سے ہے لیکن خود سو جاتی ہے، سینہ کے ساتھ دب جانے سے بچہ کا دم گھٹ جاتا ہے۔ موت کا یہ سبب بر افتادگی (overlying) کہلاتا ہے۔

بعد الموت منظر اختناق کا منظر ہے۔ ممکن ہے کہ دباؤ کی امارات بھی موجود ہوں، مثلاً ناک کا چپٹا ہو جانا لیکن مدیر کا تجربہ یہ ہے کہ یہ نادر الوقوع ہیں۔

۱۹۱۹ء میں انگلینڈ اور ویلز میں ۴۷۳ شیر خوار بچوں (یعنی ۲۵۸ بچوں اور ۲۱۵ بچیوں) کی اموات درج کی گئیں جو کہ بستر پر اغتصاص کا نتیجہ تھیں۔ ان میں سے ۱۹۵ بچے ایک ماہ سے کم اور ۴۶۶ ایک سال سے کم کے تھے۔ ان اموات کی سالانہ تعداد حالیہ سالوں میں برابر بسرعت گھٹتی گئی ہے، چنانچہ ۱۹۱۱ء میں ۱۱۵۷ تک تھی۔ جو بچے بالغوں کے پاس مردہ پڑے ہوئے پائے جاتے ہیں ان کی موت کے سبب اور حالات کے متعلق لازماً کسی حد تک عدم تعین پایا جاتا ہے، اور یہ باور کرنے کے لئے وجوہ موجود ہیں کہ جو اموات بر افتادگی (overlying) کی جانب منسوب کی جاتی ہیں ان کی ایک بہت بڑی تعداد دراصل فطرتی امراض کا نتیجہ ہوتی ہے۔ کئی امراض ایسے ہیں کہ ان کی بعد الموت امارات کو اختناق کی بعد الموت امارات سے تمیز نہیں کیا جا سکتا، مثلاً کساحی (rickety) تشنجات، اور وہ امراض جن کی غیر معین طور پر "طفلی ضعف" کے نام سے تصدیق کی جاتی ہے۔ اگر ممتحن مرضیاتی مناظر میں خوب دسترس نہ رکھتا ہو، تو بعد الموتی امتحان پر ممکن ہے کہ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) کے ابتدائی مدارج تک میں تجمید کے قطعوں کو نظر انداز کر دیا جائے۔ ممکن بچوں میں ہو سکتا ہے کہ والدین کو معلوم نہ ہوا ہو کہ بچہ بیمار تھا یا ممکن ہے جو کچھ علامات انہیں نظر آتی ہوں انہوں نے انکو خفیف زکام کی جانب منسوب کیا ہو۔ مدیر نے اس سوال پر ایک دوسری جگہ تفصیل سے بحث کی ہے[1]۔

---

[1] Statistics of Death from Violence and Unnatural Causes. 1915.

متذکرہ صدر نتیجہ اخذ کرنے کے لئے جو دلائل ہیں وہ اجمالاً یہ ہیں۔ برافتادگی کی اموات اور ازدحام (over-crowding) کی اموات کے درمیان تو کوئی تناسب مستقل نہیں ہوتا، یعنی شہری تعداد اموات اس سے ہمیشہ زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی دیہاتی اضلاع میں ہوتی ہے، گو کہ جب موخرالذکر میں ازدحام کو "تعداد مقیمان فی کمرہ" کی صورت میں ظاہر کیا جائے تو یہ تعداد تقریباً اتنی ہی بڑی ہوتی ہے جتنی کہ شہری اضلاع میں، مزید برآں برافتادگی سے واقع شدہ اموات کی تعداد میں ایک موسمی تغیر پایا جاتا ہے یعنی موسم سرما میں سب سے زیادہ اور موسم گرما میں سب سے کم تعداد ہوتی ہے۔ ان دونوں اعتبارات سے برافتادگی کی تعداد اموات کا وہی خاصہ ہے جو کہ شعبتی ذات الریہ، یا طفلی تشنجات، یا طفلی ضعف کی تعداد اموات کا ہے۔ سب سے فیصلہ کن نتیجہ ایک لندنی کارونر (London Corner) کے تجربہ سے اخذ کیا جا سکتا ہے، جو کہ جنرل پریکٹشنروں (general practitioners) کے بعدالموتی امتحانات سے بیزار ہو کر کئی سال تک تمام بعدالموتی امتحانات ماہر مرضیات دانوں سے کرواتا رہا۔ اس عرصہ کے دوران میں کل تفتیشات میں، جو ایک سال سے کم عمر کے بچوں میں کی گئیں، ایک فیصدی سے کم فیصلے برافتادگی کے تھے درانحالیکہ دوسرے کارونروں کے اضلاع میں ان کی تعداد ۸ سے ۲۵ فیصدی تک پہنچتی تھی۔ برافتادگی کے بعدالموت مناظر کو بعض قسم کے امراض کے مناظر سے تمیز کرنا ایک دشوار امر ہے، لہذا ان واقعات سے جن کا یہاں ذکر کیا گیا ہے، کسی میڈیکل پریکٹشنر کی توہین متصور نہیں ہے۔ اور بااستثناء خاص صورتوں کے، نہ یہ واقعات اس امر کی دلیل ہیں کہ میڈیکل پریکٹشنر کو کارونر کی تفتیشات میں بعدالموتی امتحان نہیں کرنے چاہئیں۔

یہ کہا جاتا ہے کہ برافتادگی کی موت کا بڑا سبب ماں کا نشہ میں ہونا ہے۔ مدیر ہذا کو جو کہ ایسی بہت سی اموات کی تحقیقات ہوتی سن چکا ہے، اس کا تجربہ یہ ہے کہ یہ عامل بہت شاذ و نادر موجود

ہوا ہے۔ نشہ ایک اہم سبب ہونے کے نظریہ کی تائید میں یہ بتلایا جاتا ہے کہ ان اموات کی تعداد جو یکشنبہ کی راتوں میں ہوتی ہیں، بہ نسبت ان اموات کے زیادہ ہے جو ہفتہ کی باقی راتوں میں ہوتی ہیں۔ رجسٹرار جنرل (Registrar General) نے اس مسئلہ کے متعلق اپنی ۱۹۱۶ء کی رو داد میں خاص تحقیقات کی ہے، اور یہ بتایا ہے کہ یکشنبہ کی رات کو کچھ نہ کچھ تجاوز ضرور پایا جاتا ہے، وہ اس نظریہ کو قبول کرنے کی جانب راغب معلوم ہوتا ہے کہ اس تجاوز کی وجہ والدین کا نشہ میں ہونا ہے۔ لیکن یہ بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ جماعت عمال کو ہفتہ کے باقی دنوں میں سویرے اٹھنا ضروری ہوتا ہے، اور یکشنبہ کو وہ اپنی استراحت کو اطالت پذیر کر سکتے ہیں۔ چنانچہ اس روز وہ وقفہ طویل تر ہو جاتا ہے کہ جس میں بستر پر والدین کے ساتھ پڑے ہونے سے بچہ کی موت کا حادثہ پیش آسکتا ہے۔

مدیر کی یہ رائے ہے کہ شیر خوار بچوں میں، جو برافتادگی کی اموات کی تعداد میں حالیہ سالوں میں کمی واقع ہو گئی ہے، اس کی کسی حد تک وجہ یہ ہے کہ اطبا ایسی مثالوں میں فطری ہلاکت کے امکان کو زیادہ وقعت دینے لگے ہیں۔ فرانس میں برافتادگی کی اموات تقریباً ناپید ہیں، کیونکہ اس ملک میں طبی قانونی وارداتوں میں لاش کا امتحان ماہر مرضیات داں انجام دیتے ہیں۔

نوزائیدہ بچوں میں سینہ کو مضغوط کر کے قاتلانہ طور پر اغصاص کر دیا جاتا ہے۔ لیکن بالغوں میں تاوقتیکہ وہ مخمور ہونے، یا بتقاضائے عمر کمزور ہونے کی وجہ سے مدافعت کے ناقابل نہ ہو گئے ہوں، ان کو اس طریقہ سے قتل کرنا ایک مشکل قابل عمل امر ہے۔ برک (Burke)، اور بشپ (Bishop)، اور ولیمز (Williams) کی مثالیں جن کا حوالہ اس کثرت سے دیا جاتا ہے، دراصل مخلوط اغصاص کی مثالیں ہیں۔ وہ مقتولوں پر اپنے جسموں کا بوجھ ڈالکر ان کے سینہ کو دباتے تھے، اور ساتھ ہی ان کے منہ کو اپنے ہاتھوں سے بند کر دیتے تھے۔ مشکا (Mashka) نے ایک واردات دیکھی کہ ایک

چودہ سالہ لڑکی کے ساتھ اس طرح ایک آدمی نے زنا بالجبر کیا کہ دوسرا اس کے سینہ کو دباتا رہا، جس سے اس لڑکی کا اغتصاص ہوگیا۔

(ج) منہ اور نتھنوں کو دبانے یا بند کرنے سے اغتصاص ہوجانا۔ اس طریقۂ اغتصاص کو دم بستگی (smothering) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ بچوں میں دم بستگی اتفاقیہ طور سے بآسانی ہوجاتی ہے۔ قاتلانہ نیت سے دم بستگی بچوں کو کپڑوں کی ایک موٹی تہ مثلاً بستر کے کپڑوں سے ڈھانکر بآسانی انجام دی جاسکتی ہے۔ دودھ پلانے کے وقت ماں کے پستان پر محض بچہ کے منہ کا دب جانا ہی کافی ثابت ہوا ہے۔ جداگانہ ذرات سے بنی ہوئی اشیا مثلاً اناج، ریت آٹا وغیرہ کے نیچے دب کر بالغ بھی اتفاقیہ طور سے دم بستہ (smothered) ہوسکتے ہیں۔ فاک[1] (Falk) نے ایک آدمی کا واقعہ درج کیا ہے کہ وہ اتفاقیہ طور سے آٹے کے انبار کے نیچے دب گیا۔ اس کا منہ اور مری (œsophagus) آٹے سے بھرے ہوئے تھے جو کہ لعاب دہن سے ملکر گولیاں گولیاں بن گیا تھا، لیکن یہ معدہ میں بالکل رسائی حاصل نہیں کرسکا تھا۔ پھیپھڑے اور دماغ بیش دموی تھے اور آٹے کے ذرات شعبتوں میں ان کی چھوٹی سے چھوٹی شاخوں تک پائے جاتے تھے۔ رسوگلبرٹائی (Russogilberti) اور الیسائی[2] (Alessi) نے ان جانوروں میں جو کہ زندہ دفن کردیئے گئے تھے، گرد و پیش کے مادہ کے منتشر ذرات، حنجرہ، شعبتوں، بلکہ ریوی جوفیزوں میں پائے۔ بسا اوقات مصروع اشخاص دوران نوبت میں، اگر نوبت بستر پر آئے تو چہرہ کے سامنے کپڑے آجانے کی وجہ سے اور اگر دن کے وقت آئے تو کسی نرم شئے پر گر جانے کی وجہ سے دم بستہ ہوجاتے ہیں۔ جینوے (Janeway) نے ایک مصروع شخص کی مثال درج کی ہے کہ اس کو اصطبل میں حملہ ہوا اور وہ گھاس پر گرا جس سے اس کا اغتصاص

[1] Nordiskt med. Arkiv, 1891.

[2] Archivio per la Scienze Mediche.

ہو گیا اور کھاد کے اجزا موت کے بعد اس کے حنجرہ میں پائے گئے۔

دم بستگی سے قاتلانہ اختصاص، بلاشبہ شیرخوار اور کمسن بچوں میں کثیر الوقوع ہے۔ اسکے لئے جو طریقے اختیار کئے جاتے ہیں، ان کا ذکر بچہ کشی کی فصل میں کیا جا چکا ہے۔

بالغوں میں دم بستگی کے ذریعہ موت صرف اسی صورت میں واقع کیجا سکتی ہے کہ ان کو بے خبری میں پکڑلیا جائے، یا وہ حالت نیند میں ہوں یا مخمور رہوں۔ رال کے لصقات، یا چپکنے والی دیگر اشیا کو، ڈاکہ ڈالنے کے وقت اس مقصد کے لئے استعمال کیا گیا ہے کہ لوگوں کو غل مچانے کے ناقابل بنایا جائے، اور ان کو بے بس کردیا جائے۔ اگر یہ لصقہ جلد دور نہ کیا جائے، تو دم بستگی سے موت واقع ہوجاتی ہے۔ والڈ[1] (Wald) نے ایک بالغ کی قاتلانہ دم بستگی کی مثال درج کی ہے۔ کہ ایک آدمی نے اپنی بیوی کو قتل کرنے کا تہیہ کیا اور اس وقت جبکہ وہ بستر پر سو رہی تھی، اس نے موقعہ دیکھکر اسے کئی وزنی رضائیوں سے ڈھانک دیا اور پھر خود ان پر چڑھ بیٹھا۔ پہلے پہل اس عورت نے کشمکش کی یہ تھوڑی دیر بعد بند ہوگئی اور پھر وہ مرگئی۔ اس شخص نے ایک ڈاکٹر کو اطلاع دی کہ اس کی بیوی کو تشنجات کا حملہ ہوا ہے، لیکن قبل اس کے کہ ڈاکٹر پہنچے، وہ یہ خبر لایا کہ وہ تو مرچکی ہے۔ کوئی شبہ نہ پیدا ہوا، اور لاش کو دفن کردیا گیا۔ بعد میں حکام کو موت کے اصل سبب سے آگاہ کیا گیا، اور قبر کھدوا کر لاش نکلوائی گئی، اور اس کا امتحان کیا گیا۔ اختناق کی موت کی امارات موجود تھیں، بعد میں قاتل نے اقبال کرلیا کہ اس نے متذکرہ صدر طریقہ سے اس جرم کا ارتکاب کیا ہے۔"

خودکشانہ دم بستگی (smothering) تقریباً ناپید ہے۔ فرانس میں ایک واردات[2] ہوئی کہ ایک عورت نے اپنے بچے سے کہا کہ کمرہ میں جتنے

---

[1] Gerichtliche Medicin, 1858.

[2] Wald, l. c

گدیلے اور کپڑے اور اسی طرح کی دیگر اشیا موجود ہیں وہ سب لا کر میرے اوپر انبار لگا دو۔ بچہ نے ایسا ہی کیا۔ چند ساعت کے بعد جب اسے دیکھا گیا تو مردہ پائی گئی۔ امتحان لاش پر اختناقی موت کی امارات موجود تھیں۔

چونکہ اغتصاص واقع کرنے کے اسالیب میں اس قدر اختلاف ہے، لہذا بعد الموت امارات بھی بعض حدود کے اندر اسی نسبت سے اختلاف پذیر ہیں۔

خارجاً۔ ان مثالوں سے لیکر کہ جن میں منہ اور نتھنے کسی شئے غریبہ سے بھرے ہوتے ہیں، ان مثالوں تک کہ جن میں موت کسی نرم شئے کے تدریج دباؤ سے دم بستگی ہو کر واقع ہوتی ہے، ہر درجہ کی اہمیت کے منظر پائے جاتے ہیں۔ متقدم الذکر ایک ہی نظر میں واضح ہو جاتی ہیں، لیکن موخر الذکر میں موت کے اسبب کا خارجی کھوج بالکل نہیں ملتا۔ منہ یا نتھنوں کے قریب تضررات کی موجودگی سے، یا اس شئے کے کچھ جزو کی موجودگی سے جس کے ذریعہ ہوائی گذرگاہیں مسدود ہو گئی ہوں، خاص رہنمائی حاصل ہوتی ہے، لیکن اس کے علاوہ ممکن ہے اختناق سے واقع شدہ موت کی ایک یا زیادہ امارات دکھائی دیں، مثلاً ملتحمہ پر یا آنکھ کے زیریں ہونٹوں کی بیرونی سطح پر نقطہ نما کدمات ہوں۔ ان کدمات کو اغتصاص سے واقع شدہ موت کا ثبوت تسلیم نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ یہ گاہے صرعی حملوں سے بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ کابیڈ[1] (Cabade) نے ایک ۴۰ سالہ تندرست آدمی کی مثال (case) بیان کی ہے کہ صرعی حملہ کے باعث اس کے سینہ اور شکم پر بے شمار زیر جلدی وعائیدریاں نمودار ہو گئیں۔ یہ کدمات موت کے بعد بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔ ہیبرڈا[2] (Haberda) نے شیر خوار بچوں کی لاشوں کو موت سے تھوڑے دیر بعد سر کے بل لٹکا دیا اور ان کے ملتحموں کے نیچے کدمات نمودار ہو گئے جو اغتصاص سے پیدا شدہ

[1] The Lancet, 1892.

[2] Internat. Med. Congress, 1897.

کدمات سے تمیز نہ ہو سکتے تھے۔ چہرہ اور بڑے بڑے عروق کا تورم اور جوارح کا ازرق رنگ، سینہ کے انضغاط سے واقع شدہ اعتصاص کی علامت ہے، لیکن یہ حالت موت سے چند گھنٹے کے اندر اندر زائل ہو جاتی ہے۔

داخلاً۔ اختناق سے واقع شدہ موت کی معمولی امارات کبھی پائی جاتی ہیں اور کبھی نہیں پائی جاتیں پھیپھڑوں اور قلب کے اندر خون کی مقدار ہرگز متقل نہیں ہوتی اور نہ خون کا سیاہ رنگ اور مائیت ہی غیر متغیر ہوتی ہے۔ خصوصاً بچوں میں اعتصاص سے واقع شدہ موت کے بعد پھیپھڑے تہیج (oedema- tous) حالت میں پائے جاتے ہیں۔ عام طور پر زیر بلوری کدمات بھی موجود ہوتے ہیں۔ ٹارڈیو (Tardieu) نے ان کو غلطی سے خالصتہً اعتصاص سے واقع شدہ اختناق کا نتیجہ سمجھا تھا۔ گرد قلبیہ (pericardium) بھی اکدم ہو سکتا ہے۔ باقی اعضا یعنی دماغ، معدہ، آنتوں، طحال، جگر، اور گردوں کی بیش دمویت کا درجہ بہت ہی تغیر پذیر ہوتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ اختناق سے واقع شدہ موت کی تمام نہاد امارات اگر موجود نہ ہوں تو یہ امکان کہ موت اعتصاص سے ہوئی ہے، خارج از بحث نہیں ہوتا۔

ایسے شیر خوار بچہ کی صورت میں کہ جس کے متعلق بیان کیا جائے کہ یہ دورہ میں مر گیا ہے، اور اس وقت جبکہ قراین سے اتفاقیہ برافتادگی (overlying) یا مجرمانہ اعتصاص کا گمان ہوتا ہو، زیر بلوری کدمات کی موجودگی کو حد سے زیادہ اہمیت نہ دینا چاہیئے۔ یہ کدمات بہت حد تک فشار خون کی زیادتی کا نتیجہ ہوتے ہیں، لہذا یہ قرین قیاس ہے کہ یہ تشنجات کے سبب سے پیدا ہوئے ہوں۔ مزید براں تشنجات اور اعتصاص دونوں میں موت بیشتر اختناق کے سبب سے ہوتی ہے، لہذا ایسی صورتوں میں دونوں میں جو بعد الموتی مناظر پائے جائیں گے وہ ایکدوسرے کے مماثل ہوں گے (دیکھو صفحہ 168) لیکن گاہے تشنجات سے واقع شدہ موت کے بعد اختناقی موت کے مناظر موجود نہیں ہوتے۔ زیر بلوری کدمات ایسے حالات

میں بھی پائے گئے ہیں کہ اغتصاص کا امکان خارج از بحث ہوتا ہے، مثلاً یہ ایک اصابت میں جس کا ذکر ڈگرانگ[1] (Degranges) نے کیا ہے، ایک بچے میں میعاد پر موجود تھے، جو کہ قیصری شگاف کے ذریعہ نکالا گیا تھا۔ اس میں اغتصاص کا کوئی امکان نہ تھا۔

جب طبی قانونی اغراض کے لئے لاش کا معائنہ کیا جائے، تو ہمیشہ ہوائی گذرگاہوں کو منہ سے لیکر نیچے شعبتوں تک دیکھنا چاہیئے، ورنہ ممکن ہے کہ موت کا اصل سبب دریافت ہونے سے رہ جائے۔ بسا اوقات یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ اگر قلب، اور پھیپھڑوں، اور خون میں وہ حالت جو کہ بالعموم اختناق کی موت کا لازمہ ہوتی ہے، موجود نہ ہو، تو تنفسی خط کی کیفیت کے دقیق معائنہ کی کچھ ضرورت نہیں رہتی۔ تاہم ایک سے زیادہ بار یہ ہوا ہے کہ کسی طبی قانونی معائنہ سے موت کے سبب کے بارے میں منفی نتائج حاصل ہوئے ہیں، لیکن پھر یہ ثابت ہوا ہے کہ معائنہ بے احتیاطی سے کیا گیا، کیونکہ بعد میں زیادہ خوبی کے ساتھ امتحان کرنے سے ہوائی گذرگاہوں میں کوئی جسم غریبہ دریافت کیا گیا ہے۔ ہوائی گذرگاہوں میں اجسام غریبہ کی موجودگی کا کھوج لگانے کے علاوہ، حنجرہ اور قصبہ کی غشاء مخاطی کی تفتیش کرنے کی بھی ضرورت ہے۔ یہ غشاء مخاطی بعض اوقات مشرب ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کسی قدر مخاط سے ڈھکی ہوئی اور خون آلودہ ہو۔ یہ حالت اختناقی طریقہ موت کی جانب اشارہ کرتی ہے، اگرچہ اس کی عدم موجودگی سے اس کے متضاد نتیجہ نکالنا ناجائز ہے۔

عمومی تشدد کی تمام امارات، مثلاً کوفتگیاں (bruises) خراشیدگیاں (scratches)، یا برادمہ کا شکندار ہونا، باحتیاط تلاش کرنا چاہیئے۔ اگر لاش کی منتقلی سے قبل امتحان کیا جائے، تو ماحول سے قیمتی شہادت حاصل ہوتی ہے۔ لہذا اس سے پہلے کہ لاش کو چھیڑا جائے، ہر تفصیل کا بغور معائنہ کر لینا چاہیئے، اور ایک یادداشت لکھ لینا چاہیئے۔

[1] Gaz. des Hopitaux, 1867

بسا اوقات یہ ہوتا ہے کہ بعد میں ایسے حالات معلوم ہوتے ہیں کہ کسی نظا ہراً ادنیٰ تفصیل سے ان کی اہم توثیق ہو جاتی ہے۔ حالانکہ اگر احتیاط نہ برتی گئی ہوتی تو ممکن ہے کہ یہ تفصیل نظر انداز ہو جاتی یا یادداشت سے حافظہ کو مدد نہ مل سکنے کی وجہ سے اس تفصیل کی ناکامل طور پر تاویل کی جاتی۔

غرقابی

182

غرقابی ایسے اسلوب کی موت ہے جو اختناق سے واقع ہوتی ہے۔ اس کا سبب منہ اور نتھنوں کا پانی یا دیگر سیال میں مسلسل یا وقفہ وار اغراق ہے، اس اغراق سے پھیپھڑوں میں ہوا کی رسائی فوراً یا بتدریج منقطع ہو جاتی ہے تا آنکہ شمع حیات گل ہو جاتی ہے۔ اختناق جب پھانسی یا تخنیق کا نتیجہ ہوتا ہے تو صرف اتنا ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں تک ہوا کی رسائی میں ایک رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن جب اختناق غرقابی کا نتیجہ ہوتا ہے، تو مساعی تنفس سے ہوائی گذرگاہوں میں ایک تنفس کے ناقابل واسطہ کھنچ آتا ہے، اور اس وجہ سے پھیپھڑوں میں ان تغیرات کے علاوہ جو کہ غیر پیچیدہ اختناق کا نتیجہ ہوتے ہیں، خاص تغیرات بھی پیدا ہو جاتے ہیں، یہ تغیرات غرقابی سے واقع شدہ موت کی خاص ترین امارت ہیں، یہ بھی ہو سکتا ہو کہ پانی میں گر جانے سے جو موت واقع ہو وہ بسبب اختناق کے نہ ہو یعنی بوقت غرقابی مہلک غشیان ہو جائے، یا شاذ مثالوں میں سر یا شکم کسی چٹان یا سخت شئے کے ساتھ اس زور سے ٹکرائے کہ صدمہ سے فوری موت واقع ہو جائے۔ ان اصابتوں میں غرقابی سے واقع شدہ موت کی امتیازی امارات موجود ہوں گی۔

براؤرڈل (Brouardel) اور لوئی[1] (Loye) تجرباتی تفتیشات کی بنا پر یہ سمجھتے ہیں

[1] Archives de Physiol. norm. et pathol., 1889

کہ غرقابی سے واقع شدہ وہ موت جو بالعموم غشیاں کی جانب منسوب کی جاتی ہے،
دراصل امتناع کا نتیجہ ہوتی ہے، چنانچہ وہ اس امر پر زور دیتے ہیں کہ اس طریقہ میں کہ جس پر
سانس غرقابی سے متاثر ہوتا ہے اور اس طریقہ میں کہ جس پر یہ ہوائی گذرگاہوں کے بیرونی
بھنچاؤ سے متاثر ہوتا ہے، ایک فرق پایا جاتا ہے۔ جب اختناق پھانسی سے واقع
ہوتا ہے، تو آلات تنفس آکسیجن حاصل کرنے کی کوشش کرنے کے لئے فوراً اپنی پوری
عضلی قوت کے ساتھ مصروف عمل ہو جاتے ہیں۔ جب اختناق کا سبب غرقابی ہوتا
ہے، تو حیوان پہلے پہل حسب عادت سانس لینے کی کوشش کرتا ہے، اس کے
بعد وہ خطرہ محسوس کرتا ہے، اور نکلنے کے لئے ہاتھ پاؤں مارتا ہے، ساتھ ہی
ساتھ وہ اپنے سینہ کو مثبت کر لیتا ہے، یعنی وہ ہوائی گذرگاہوں میں پانی کے داخلہ
کو روکنے کے لئے ارادتہً تنفس کو معطل کر دیتا ہے۔ لیکن بہت جلد مراکز تنفس میں
اتنا ہیجان پیدا ہوتا ہے کہ جو اس کے اختیار سے باہر ہوتا ہے، اس سے غیر
ارادی تنفسی حرکات واقع ہوتی ہیں، اور پھیپھڑوں میں پانی داخل ہو جاتا ہے، جو
جو فیزوں میں نفوذ کر جاتا ہے۔ قوت ارادی تو بہ مزاحمت پیش کرتی ہے، اس کے
علاوہ جلد اور ہوائی گذرگاہوں کے اعصاب الحس ایک اہم کام انجام دیتے ہیں مثلاً
اگر ایک حیوان کی قصبۃ الریہ کو کھولکر سوراخ میں ایک نلکی داخل کر دی جائے، تو
ہوائی گذرگاہ پر مزمار کا کوئی اقتدار نہیں رہتا، اس سے شاید یہ سمجھا جائے کہ اگر
حیوان کو ڈبو دیا جائے تو اس کے پھیپھڑوں میں فوراً پانی کھنچ آئے گا، لیکن ہوتا
یہ ہے کہ جب تک مراکز تنفس ساکن رہتے ہیں، تب تک سینہ کے مثبت
ہونے کی وجہ سے حسب سابق ویسا ہی تنفس کا تعطل عمل میں آتا ہے۔ اگر حیوان کے دونوں
ریوی معدی اعصاب (pneumogastrics) کو گردن میں بہت اوپر قطع کر دیا جائے
اور اس کی قصبۃ الریہ میں ایک ایسی نلی داخل کر دی جائے جس کا ایک سرا کسی پانی کے برتن
میں رکھا ہوا ہو، تو وہ ۳۰ سکنڈ تک معمولی حرکات جاری رکھتا ہے، اور
اس کے پھیپھڑوں میں ہوا کی بجائے پانی داخل ہوتا ہے، اس کے بعد وہ پھر بھڑا آتا
تاہم تنفسی حرکات جاری رکھتا ہے لیکن اگر ایک حیوان کو معدی ریوی
اعصاب کے قطع کرنے کے بعد، پانی میں ڈبو دیا جائے، تو وہ اپنے سینہ کو تقریباً ایسے ہی مثبت

کرلیتا ہے، گویا اس کے اعصاب سالم ہوں۔اس سے ثابت ہوتا ہے کہ جلد اور انفی ملیوی خطہ کے اعصاب تنفسی حرکات کے امتناع میں حصہ لیتے ہیں، اور یہ کہ سابق الذکر تجربہ میں ان کو استعمال میں نہیں لایا گیا۔جب کسی ایسے حیوان کو جس کو کلورا فارم (chloroform) دے کر اس کا قرنیہ عدم الحس کر دیا گیا ہو پانی میں ڈبویا جائے تو وہ پانی کو ہوائی گذرگاہوں میں داخل ہونے سے روکنے کی بالکل کوشش نہیں کرتا، اور حرکات تنفس حسب سابق جاری رکھتا ہے۔ بورارڈل (Brouardel) اور لوئی (Loye) ان تجربات سے یہ استنباط کرتے ہیں کہ تنفس کے عارضی تعطل کا ایک سبب تو قوت ارادی ہے، لیکن اس کے علاوہ حرکات تنفس کے امتناع میں انفی اور حنجری اعصاب بھی قوی تراثر رکھتے ہیں۔ وقفہ دار (interrupted) تنفس کے سریع الزوال مرحلہ کی بجائے بعض اوقات مستقل امتناع پیدا ہو جاتا ہے، اور اس طرح غرقابی سے ایک ایسی موت واقع ہوتی ہے جس میں وہ معمولی امارات بھی مفقود ہوتی ہیں جو پھیپھڑوں میں پانی کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہیں۔

جب معمولی طور پر غرقابی سے موت واقع ہوتی ہے، تو زیر آبی کی حالت بالعموم مسلسل ہوتی ہے۔حتیٰ کہ اگر کوئی شخص ایک ایسے مقام سے گرے جو کہ سطح آب سے بلند ہے، اور حاصل کردہ معیار حرکت کے سبب ایک معتد بہ گہرائی تک پہنچے اور اس شخص کو کسی طور پر روک نہ دیا جائے، تو وہ کم از کم ایک لمحہ کے لئے ضرور سطح پر واپس آجاتا ہے۔ اس کی وجہ جسم کی کثافت نوعی کا پانی سے کمتر ہونا نہیں، بلکہ جوارح کی اضطراری حرکات ہیں، یہاں ان ماہرانہ حرکات سے بحث نہیں ہے جو کہ مشاق تنا ور عمل میں لاتے ہیں۔ انسانی جسم کی کثافت نوعی پانی کی کثافت نوعی سے ذرا ہی زیادہ ہے۔ اور انسانی جسم میں اور پانی میں تقریباً ۸ء۱ کی نسبت ہے اور اس امر کے لحاظ سے کہ پانی کس قسم کا ہے یعنی تازہ ہے یا نمکین ۵۰۰ء۱ سے لیکر ۰۳ء۱ تک کی نسبت ہے کثافت نوعی کے لحاظ سے جسم کے تمام اجزا فرداً فرداً پانی سے گراں تر ہیں، بجز شحم کے اور سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں کے، اور یہ

دونوں چیزیں گراں تر بافتوں کے وزن کی تلافی کرنے کیلئے کافی نہیں ہوتیں۔ تاہم اس تلافی میں جو کسر رہ جاتی ہے، وہ اس قدر کم ہوتی ہے کہ ذراسی حرکت جسم کو سطح پر لے آتی ہے، خواہ ایک لمحہ کے لئے ہی کیوں نہ ہو۔ شحم اور ریوی استعداد کی مقدار جسم کے وزن کے لحاظ سے جس قدر زیادہ ہوگی اتنا ہی تیرنے کا رجحان زیادہ ہوگا۔ بالعموم مردوں کی بہ نسبت عورتیں بہتر تیرتی ہیں کیونکہ ان کے ڈھانچے کی ساخت ہلکی پھلکی ہوتی ہے، اور ان میں شحم کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ (دیکھو صفحہ 46)۔ نوازئیدہ بچے، جو خوب تغذیہ یافتہ ہوں، تاوقتیکہ ان کے ساتھ وزن نہ باندھا جائے، ہرگز نہیں ڈوبتے۔

جب کوئی آدمی غرقابی سے مرتا ہے، تو اس کی لاش میں ریوی اچھال نہیں رہتی، کیونکہ جو کچھ ہوا پھیپھڑوں میں موجود ہوتی ہے، اس کی جگہ تقریباً تمام تر پانی لے لیتا ہے۔ پانی کی موجودگی اور حرکات کا فقدان یہ دونوں مل کر جسم کو ڈبو دیتے، اور زیر آب رکھتے ہیں۔ یہ زیر آبی قائم رہتی ہے، یہاں تک کہ گندیدگی کے گیس (gas) کافی مقدار میں پیدا ہو کر لاش کی کثافت نوعی کو گرد و پیش کے واسطہ کی کثافت نوعی سے کمتر کر دیتے ہیں۔ اس سے لاش سطح پر آتی ہے، بشرطیکہ اسے کوئی میکانی رکاوٹ نہ روک دے، مثلاً ریت یا کیچڑ سے ڈھک جانا، یا گھاس یا رسیوں وغیرہ سے اٹک جانا۔ معتدل آب و ہوا میں یہ تیراؤ عموماً پہلے ہفتے میں ہوتا ہے۔ لیکن موت کے بعد صحیح صحیح کتنی مدت کے بعد ہوتا ہے، یہ امر لاش کی اور جس واسطہ میں وہ غرق ہے اس واسطہ کی نوعی کثافتوں کے درمیان ابتدائی فرق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ فرق زیادہ تر شحم کی مقدار پر، اور چند ذاتی حالات پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ ذاتی حالات اس امر پر کہ موت سے پہلے کس قدر جیوی خستگی موجود ہوتی ہے، اور پانی کے درجہ حرارت پر، اور پانی کے سکون پر موقوف ہوتے ہیں۔ گہرے پانی میں غرق شدہ لاش اتنا جلد نہیں تیرتی، جتنا جلد کہ اتھلے پانی میں پڑی ہوئی لاش تیرتی ہے، کیوں کہ موخر الذکر گرم تر ہوتا ہے اور اس لئے گندیدگی کے گاسوں کی جلد تر تکوین کرتا ہے۔

اس لاش کی بہ نسبت جو دریا کی تہ میں پڑی ہوتی ہے، ایک تالاب میں غرق شدہ لاش جلد تر تیرتی ہے کیونکہ دریا کے رواں پانی کے بہ نسبت ساکن پانی آفتاب کی شعاؤں سے اور ہوا کے اس طبقہ سے جو کہ اوپر ہے زیادہ حرارت حاصل کر لیتا ہے۔

بعد الموت مناظر۔ اگر کسی غرق شدہ شخص کی لاش موت سے چند گھنٹے کے اندر اندر ہی پانی سے باہر نکال لی جائے، اور اسی وقت اس کا امتحان کیا جائے، تو اس امر کا فیصلہ کرنے میں کہ آیا موت غرقابی سے ہوئی، بالعموم بہت کم دقت پیش آتی ہے۔ بخلاف اس کے جب لاش پانی میں پڑی رہے یہاں تک کہ تحلیل ترقی یافتہ ہو جائے تو ایسی ناقابل ارتفاع مشکلات حائل ہو جاتی ہیں کہ ایک تقریبی طور پر مثبت رائے قائم کرنا بھی ناممکن ہو جاتا ہے۔ لاش کو پانی سے نکالنے اور اس کے امتحان کے درمیان جو وقفہ گزرتا ہے، وہ ان امارات پر معتدبہ اثر ڈالتا ہے کہ جن کی تشخیصی اہمیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ تازہ غرق شدہ شخص کے منہ اور نتھنوں کے آس پاس جو کف پایا جاتا ہے، وہ ہوا میں کھلا رہنے سے بہت جلد ضایع ہو جاتا ہے۔ لاش کی سطح، بالخصوص اگر اس کا لباس اتار لیا جائے، ذرا سی دیر میں خشک اور بدرنگ ہو جاتی ہے۔ اگر لاش کو پانی سے نکال لیا جائے، تو اس میں گندیدہ تغیرات بڑی سرعت سے ترقی پاتے ہیں۔ یہ نسبتاً تھوڑے سے عرصہ میں ان تمام علامات کو مٹا دیتے ہیں جن سے غرقابی کی موت میں، اور دوسرے اسالیب کی موت میں جس میں لاش کو بعد میں ڈبو دیا جاتا ہے، امتیاز کیا جا سکتا ہے۔ مندرجہ ذیل بیان ایسے افراد کی لاش پر صادق آتا ہے جو حال میں ڈوبے ہوں، اور جن کا معائنہ پانی سے نکالنے کے فوراً بعد کیا گیا ہو۔

بیرونی مناظر۔ کرختگی موت بالعموم بہت جلد اور بعض اصابتوں میں فوراً نمودار ہوتی ہے۔ چنانچہ جوارح کی حیات میں جو آخری وضع ہوتی ہے وہی بعد از موت بھی قائم رہتی ہے۔ یہ معلوم کرنا کہ آیا کرختگی موت فی الواقع موجود ہے یا نہیں، ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ کیوں کہ سرد پانی میں شحمِ جسم

کے انجماد سے ایک طرح کی کرختگی پیدا ہوجاتی ہے ، ممکن ہے کہ پانی
میں صادق کرختگی موت زائل ہوجانے کے بعد یہ مدت تک قائم رہے۔ اگر لاش
کو گرم تر ماحول میں لایا جائے تو یہ کیفیت بسرعت زائل ہوجاتی ہے۔
سطح زرد ہوتی ہے ، لیکن اس سے زیادہ نہیں کہ جتنی لاش کی سطح معمولی
حالات میں ہوتی ہے۔ چہرہ پُرسکون ہوتا ہے، اور آنکھیں اور منہ جزوی
طور پر کھلے ہوتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ چہرے اور گردن پہ گلگوں قطعے موجود
ہوں بعض مثالوں میں چہرہ سرخی مائل نیلے یا بنفشئی رنگ کا ہوتا ہے۔
موت سے کچھ اور دیر کے بعد یہ رنگ میلے سے سرخ رنگ سے مبدل
ہوجاتا ہے۔ جلد بسا اوقات ایک ایسا منظر پیش کرتی ہے جسے جلد الاوزہ
(goose-skin) کہتے ہیں۔ یہ منظر کئی قسم کی موتوں میں واقع ہوسکتا ہے جو
تشدد سے واقع شدہ ہوں۔ اس کا سبب حیوی ردعمل ہے۔ ناصبۃ الشعر
عضلات میں بحالت انقباض یکایک جیفی کرختگی واقع ہوجانے سے اس
حیوی ردعمل کا ظہور موت کے بعد برقرار رہتا ہے ۔ ہاتھ کی ہتھیلیوں،
پاؤں کے تلووں اور گھٹنوں کی جلد سفید گلی ہوئی اور پُرشکن ہوجاتی ہے
یہ حالت جذب کا نتیجہ ہے اور کچھ معنی نہیں رکھتی، الا یہ کہ اس سے ظاہر ہوتا
ہے کہ لاش پانی میں ۱۲ یا زیادہ ساعت تک پڑی رہی ہے یہ بیان کیا
جاتا ہے ، کہ زبان آگے کی جانب دانتوں میں دھنسی ہوتی ہے، لیکن ایسا
صرف استثنائی طور پر ہوتا ہے ۔ اور چونکہ یہی حالت دوسرے
اسباب سے واقع شدہ تشدد آمیز اموات کے بعد بھی دیکھی گئی ہے ،
لہٰذا یہ امارت بہت کم اہمیت رکھتی ہے۔ موت غرقابی سے واقع ہونیکی
سب سے قیمتی بیرونی علامت یہ ہے کہ ہونٹوں اور نتھنوں پر ایک
باریک کف پایا جاتا ہے۔ یہ کف یا جھاگ سفید یا خون آلود ہوتا ہے،
اور اس کو نہایت مناسب طور پر شیونگ سوپ (shaving soap) کے نہایت
ہی باریک ساخت کے جھاگ سے تشبیہ دی گئی ہے۔ کف غرقابی کے بعد
غالباً تمام حالات میں اور تمام واسطوں میں پایا جاتا ہے، چنانچہ یہ ایک

جو بچے میں ڈوبے ہوئے شیرخوار بچہ میں پایا گیا۔ لیکن جسم کی زیرآبی کی حالت میں موسم سرما میں چار دن اور موسم گرما میں تین دن کے بعد اسکے قائم رہنے کا بھروسہ نہیں کیا جا سکتا۔ اگر یہ ہونٹوں پر سے غائب ہو چکا ہو، تو سینہ پر ذرا سا دباؤ ڈالنے سے منہ سے تھوڑا سا ضرور نکل آئے گا۔ دریا کی تہ کے گھاس یا لباس کے ٹکڑوں وغیرہ اشیا کی موجودگی اور ان کا انگلیوں میں پکڑا ہوا ہونا (جس کا سبب ایک حیوی فعل کا بعد میں فوری جمی کرختگی کے باعث ایک مستقل صورت اختیار لینا ہے) اس امر کی شہادت ہے کہ غرقابی دوران زندگی میں ہوئی ہے لیکن مزاولت میں یہ امارت بہت کم ملتی ہے۔

اندرونی مناظر۔ بالعموم پھیپھڑوں کا حجم طبعی حجم سے زیادہ ہوتا ہے، چنانچہ یہ گردقلبہ (pericardium) کو قریب قریب ڈھانکے ہوئے ہوتے ہیں، اس حالت کو بعض اوقات انتفاخ رئوی (ballooning) کہتے ہیں۔ جب سینہ کو کھولا جاتا ہے، تو بجائے اس کے کہ پھیپھڑے ہبوط ہو جائیں، وہ اس قدر ابھر آتے ہیں کہ قصّ (sternum) کے جدا کرنے سے جو روزنہ بن جاتا ہے، اسے بھر دیتے ہیں۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ اس حالت کو پھیپھڑوں کے اس انتفاخ کے ساتھ خلط ملط نہ کیا جائے جو کہ گندگی کی گاسوں (gases) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی کثافت گندھے ہوئے آٹے کے مانند ہوتی ہے، یعنی ان پر انگلی کے دباؤ سے جو گڑھا پڑتا ہے وہ قائم رہتا ہے۔ بعض اوقات تو وہ پھیکے خاکستری رنگ کے ہوتے ہیں اور اس رنگ پر سرخ سے دھبے ہوتے ہیں جو کہ آبی ارتشاح سے پیدا ہوتے ہیں، اور دموی لوتی مادہ سے رنگے ہوتے ہیں۔ بعض مثالوں میں پھیپھڑوں کی تمام سطح سرخ سے نیلے رنگ کی ہوتی ہے۔ ڈریپر (Draper) نے ان اصابتوں کی اکثریت میں جن کا اس نے امتحان کیا، زیر پلوری نقطہ نما نزفات دیکھے۔ لیکن ان نزفات کی بہت تھوڑی تعداد تھی، اور یہ زیادہ تر لختوں کے زیریں حصوں پر تھے۔ اکثر مشاہدین یہ بیان کرتے ہیں کہ غرقابی سے واقع شدہ موت میں یہ بہت ہی شاذ و نادر پائے جاتے ہیں۔ آگسٹن (Ogston) نے ان اصابتوں میں سے جن کا اس نے

معائنہ کیا ایسے نزفات مشکل سے ۷ فیصدی میں پائے۔ تراشید گی کرنے پر ریوی جرم کے اندر پانی پایا جاتا ہے اور اگر خفیف ترین دباؤ بھی ڈالا جائے تو یہ تراشیدہ سطح سے کف کی معیت میں ٹپک پڑتا ہے۔ شعبتوں میں اور امکاناً جوفیزوں میں ایک باریک کف ہوتا ہے جو کہ ہونٹوں اور نتھنوں پر کے کف سے مشابہ ہوتا ہے۔ اگر پھیپھڑے کی سطح پر سرخ دھبہ نظر آتا ہو، تو یہ دھبہ پھیپھڑوں کے پورے جرم میں نفوذ کئے ہوئے دکھائی دیتا ہے۔

غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد پھیپھڑوں کے سنج (parenchyma) کی جو حالت ہوتی ہے اس کے متعلق دو نظریات قائم کئے گئے ہیں۔ ایک کے مطابق، سنج پانی یا دیگر واسطے سے کہ جس میں اغراق وقوع پذیر ہوتا ہے، وریختہ ہو جاتا ہے۔ اس سے ایک حد تک پھیپھڑوں کے بڑھے ہوئے حجم کی توجیہہ ہوتی ہے۔ دوسرے نظریے کے مطابق، اس سنج میں بہت کم سیال موجود ہوتا ہے، اور اگر کچھ ہوتا بھی ہے تو وہ عروق کے ارتشاح سے ماخوذ ہوتا ہے، جس سے اڈیما پیدا ہوتا ہے۔ پلٹاف[1] (Paltauf) نے بیان کیا ہے کہ تنفس کی مساعی سے پھیپھڑوں میں جو پانی کھنچ آتا ہے، وہ جوفیزوں میں داخل ہو جاتا ہے، اور وہاں سے لمفی فضاؤں کی راہ سے یا گاہے جوفیزی دیواروں کے چھوٹے چھوٹے امزار کی راہ سے زخنگی جوفیزی، زیر پلوری، گرد شعبتی، گرد عرقی اور توصیلی بافتوں میں پہنچ جاتا ہے بخلاف اس کے لیسار[2] (Lessar) نے یہ بیان کیا ہے کہ ہوائی گذرگاہوں میں پانی کا امتصاص ہونے سے مخاط کا افراز ہوتا ہے، جو باریک ترشعبتوں کو مسدود کر دیتا ہے، اس وجہ سے جوفیزوں تک پانی کی صرف اتنی مقدار پہنچنے پاتی ہے کہ جو بالکل ناقابل لحاظ ہوتی ہے۔ لیسار اس امر سے انکار کرتا ہے کہ سنج میں پانی موجود ہوتا ہے، اور کہتا ہے اگر کچھ پانی موجود ہوتا بھی ہے تو وہ عروق دموی سے ماخوذ ہوتا ہے (اور ایک

185

---

[1] Ueber den Tod durch Ertrinken: 1888

[2] Atlas d. ger. Med , 1891 ; and Vierteljahrsschr. f ger Med., 1884

حیوی ارتشاحی حاصل یعنی صادق اڈیما ہوتا ہے ۔ اغلب ہے کہ غرقابی سے واقع شدہ موت کے دوران میں شعبتوں میں مخاط کا افراز ضرور ہوتا ہے، لیکن زیادہ مقدار میں صرف اسی صورت میں ہوتا ہے کہ کشمکش موت اطالت پذیر ہوجائے ۔ حیوانات پر جو تجربات کئے گئے ہیں ان سے بھی یہی امر ثابت ہوتا ہے، اور نیز یہ بھی ثابت ہوتا ہے کہ غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد جو سینہ کھولنے پر پھیپھڑے مہبوط نہیں ہوتے تو اس کی ایک وجہ یہ ہے کہ باریک تر شعبتیں مخاط سے مسدود ہوجاتی ہیں بالفاظ دیگر یہ کہ جوفیزی مشمولات نکل نہیں سکتے ۔

ہوائی گذرگاہوں میں جو باریک کف موجود ہوتا ہے، وہ مغرق واسطے ہوا مخاط اور امکاناً خون کے تغیرپذیر آمیزہ سے بنا ہوتا ہے ۔ اگر کشمکش موت اطالت پذیر ہوجائے تو بہ نسبت اس صورت کے جبکہ موت بسرعت واقع ہوتی ہے، زیادہ کف پیدا ہوتا ہے اور یہ کف زیادہ دیرپا نوعیت کا ہوتا ہے ۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ مخاط زیادہ مقدار میں موجود ہوتا ہے جس سے حبابوں میں وافر چسپیدگی پیدا ہوجاتی ہے یہ وجہ ہی ہے کہ ہوا پانی اور مخاط زیادہ زور سے آمیز ہوتے ہیں، جس سے کف کی مجموعی مقدار بڑھ جاتی ہے ۔ بروڑل (Brouardel) اور وبرٹ[ل] (Vibert) کے قول کے مطابق کف کی رنگینی کی وجہ دموی لونی مادہ کی درریزی ہے جو کہ پھیپھڑوں کے سنخ میں چھوٹی چھوٹی وعابدریوں سے ماخوذ ہوتا ہے ۔

جب غرقابی کے بعد لاش سطح پر واپس نہیں آتی اور موت واقع ہوجاتی ہے، تو بہ نسبت اس صورت کہ جب کہ منہ اور نتھنے ایک یا زیادہ مرتبہ ایک لمحہ کے لئے پانی سے نکلتے ہیں اور مزید ہوا اندر کھنچ آتی ہے، ہوائی گذرگاہوں میں ہوا کم اور پانی زیادہ پایا جاتا ہے، بشرطیکہ موت

ل Annales d' Hygiene, 1880.

کو اختناق سے واقع شدہ فرض کر لیا جائے۔ اگر موت غشیان کا نتیجہ ہو یا تنفسی حرکات سے مستقل امتناع کا ہو جو ایک ہی بات ہے، تو ذرا بھی کف موجود نہ ہوگا۔ بالعموم بلوری کہفوں میں پانی کی کچھ مقدار پائی جاتی ہے، اس کے ساتھ خواہ مخاط کی کچھ آمیزش ہو یا نہ ہو۔ ممکن ہے کہ قصبتہ الریہ کی غشا مخاطی مشرب ہو، لیکن اختناق سے واقع شدہ دیگر اسالیب موت کی بہ نسبت، غرقابی کے بعد یہ امارت زیادہ کثرت کے ساتھ مفقود پائی جاتی ہے۔ قصبتہ الریہ کا درونہ بالعموم کف سے بھرا ہوا ہوتا ہے، اور یہ کف منہ تک پہنچا ہوتا ہے، الّا اس صورت کے کہ لاش کچھ دیر تک پانی میں پڑی رہی ہو، یا امتحان پانی سے نکالنے کے فوراً بعد نہ کیا جائے۔ قلب بالعموم وہی منظر پیش کرتا ہے جو کہ اختناق سے واقع شدہ موت کا نتیجہ ہوتا ہے، اس کی بائیں جانب خالی یا تقریباً خالی ہوتی ہے، اور دائیں جانب خون سے پُر ہوتی ہے۔ دماغ اور اس کے اغشیہ کی عروقی حالت غیر تغیر پذیر نہیں ہوتی، لہٰذا غرقابی سے واقع شدہ موت کے تعلق میں اس کی کچھ تشخیصی قیمت نہیں ہے۔ ڈریپر (Draper) نے ۱۴۹ امتحانات میں تقریباً نصف اصابتوں میں اغشیہ کا اشراب، اور دماغ میں بیش دمویت پائی۔ خون کا رنگ سیاہ ہوتا ہے اور اس میں آکسیجن بہت ہی کم ہوتی ہے۔ خون پانی کے ذریعہ مرقق ہوتا ہے بعض اوقات کل وزن کی چوتھائی یا تہائی تک ترقیق ہوتی ہے [برورڈل (Brouardel) اور وبرٹ (Vibert)]۔ دائیں جانب کی بہ نسبت، بائیں جانب میں زیادہ ترقیق پائی جاتی ہے، کیونکہ جو خون ریوی اوردہ کی راہ سے آتا ہے، پھیپھڑوں میں سے گزرتے ہوئے اس میں پانی کا ایک جدید اضافہ ہو جاتا ہے۔ بابی ورید (portal vein) کا خون بھی بہت ہی مرقق ہو جاتا ہے، کیوں کہ معدہ میں، جیسا کہ ابھی بیان ہوگا، پانی کی بہت مقدار پائی جاتی ہے، اور بابی ورید کی وہ شاخیں جو کہ معدہ سے نکلتی ہے اُس پانی کو جذب کر لیتی ہیں۔ خون کی ترقیق اس امر کے لحاظ سے ہوتی ہے کہ غرقابی کے بعد زندگی کتنی مدت تک برقرار رہی ہے، یعنی بطی غرقابی زیادہ، اور سریع غرقابی کم ترقیق پیدا کرتی ہے۔ اگر موت غشیان سے یا امتناع تنفس سے واقع ہو، تو خون میں پانی کی فراوانی نہیں

ہوتی[۱] الا اس صورت کے کہ لاش مدت تک زیر آب رہ چکی ہو۔ غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد خون بالعموم سیال پایا جاتا ہے، اس طرح جس طرح کہ دیگر اختناقی اسالیب موت میں۔ بروورڈل (Brouardel) اور لوی (Loye) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جب سریع غرقابی سے واقع شدہ موت کے فوراً بعد لاش کا معائنہ کیا جاتا ہے، تو خون کا بیشتر حصہ مروّب ہوتا ہے، لیکن اگر امتحان کرنے سے قبل ایک یا دو دن گزر جائیں تو خون پھر سیال ہو جاتا ہے۔ کان ٹین (Contagne) اور دیگروں نے اس امر سے انکار کیا ہے کہ خون مروّب ہو جاتا ہے، وہ کہتے ہیں کہ خواہ موت کے بعد جلد ہی امتحان کیا جائے خون سیال ہی ہوتا ہے۔ ممکن ہے چند ایک سیاہ تھکے موجود ہوں لیکن ان کی مقدار خون کی مجموعی مقدار کے مقابلہ میں ہیچ ہوتی ہے۔

معدہ کی غشاء مخاطی کی حالت میں کوئی ایسی بات نہیں پائی جاتی جو امتیازی ہو۔ اس کی عروقیت (vascularity) تغیر پذیر ہوتی ہے۔ گاہے کدمات بھی دکھائی دیتے ہیں۔ جیسا کہ دیگر اسالیب کی اختناقی موت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ معدہ یا مری میں باریک کف پایا جائے۔ لیکن غرقابی سے واقع شدہ موت کے متعلق معدہ اور امعاء ایک اور لحاظ سے قیمتی شہادت مہیا کرتے ہیں جب ذی حیات میں غرقابی ہوتی ہے تو منہ میں کھنچے ہوئے پانی کا کچھ حصہ بسا اوقات غیر ارادی طور پر نگل لیا جاتا ہے، اس وجہ سے معدہ میں پانی کا موجود ہونا، غرقابی سے واقع شدہ موت کی امارات تصور کیا گیا ہے۔ اس امارت کی قیمت کا اندازہ لگاتے وقت قدرتی طور پر دو سوالات پیدا ہوتے ہیں۔ (۱) کیا غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد ہمیشہ معدہ میں پانی ملتا ہے؟ (۲) کیا یہ ممکن ہے کہ ایک زیر آب لاش کے معدہ میں پانی داخل ہو جائے؟ حیوانات پر تجرباتی تحقیقات کی بناء پر اور ان انسانی لاشوں کے اعدادی مشاہدات کی بناء پر جن میں موت غرقابی کا نتیجہ ہوتی ہے، ان سوالات کا جواب دینے کی کوشش کی گئی ہے۔

186

---

[۱] Archives de Physiol. norm. et pathol., 1891.

(د) مصنوعی طور پر رنگے ہوئے پانی میں غرق شدہ حیوانات پر تجربہ کرنے سے ثابت ہوتا ہے کہ اغراق کے عمل میں پانی نگلا جاتا ہے۔ فیگرلنڈ[1] (Fagerlund) نے سولہ تجربات کیے اور ان سب میں موت کے بعد معدہ میں رنگین پانی کا کچھ حصہ پایا گیا، اور مسرکا[2] (Misuraca) نے ان حیوانات کے معدہ میں جن کو ڈبایا گیا تقریباً ہمیشہ پانی پایا۔

غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد معدہ میں پانی موجود ہوتا ہے یا نہیں اسکے متعلق انسانی لاشوں میں جو مشاہدات کیے گئے ہیں، ان سے اتنے فیصلہ کن نتائج حاصل نہیں ہوتے بعض مشاہد بیان کرتے ہیں کہ پانی کی ایک امتیازی مقدار تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے بعضوں نے یہ صورت حالات، اصابتوں کی ایک محدود تعداد میں پائی ہے، اور بعض دفعہ یہ مقدار اتنی تھوڑی تھی کہ تشخیصی نقطہ نگاہ سے قطعاً بیکار تھی۔ حالیہ مشاہدین میں سے ہافمین[3] (Hofmann) نے دیکھا کہ یہ مقدار بہت ہی تغیر پذیر ہے، پانی زیادہ مقدار میں صرف استثنائی صورتوں میں موجود ہوتا ہے۔ آگسٹن[4] (Ogston) نے صرف ۷۰ ء ۷ فیصدی اصابتوں میں پانی موجود پایا۔ ٹورڈیز[5] (Tourdes) نے ۹۳ اصابتوں میں سے ۲۷ میں معدہ میں پانی کی ایک معتد بہ مقدار پائی، ۴۴ میں بہت کم، اور ۲۲ میں بالکل نہیں۔ وڈیپر بیان کرتا ہے کہ ۱۴۹ اصابتوں میں سے اکثر میں معدہ یا تو خالی تھا، یا اس میں غذا کے باقیات، سیال کی ایک نہایت تھوڑی سی مقدار کے ساتھ ملے ہوئے پائے گئے۔ لیسیر (Lesser) نے ۳۰ اصابتوں میں سے ۹ میں کوئی قابل لحاظ مقدار نہ پائی، ۱۴ میں ایک تغیر پذیر مقدار پائی، ۳ میں پانی کی ایک تہ معدہ کے باقی مشمولات سے بالکل متمیز پائی، اور ۴ میں پانی تنہا یا تھوڑے سے مخاط کیساتھ

---

[1] Vierteljahrsschr f. ger. Med., 1890.

[2] L'asfissia meccanica e le sue varie forme, 1888

[3] Lehrbuch der ger. Med., 1887.

[4] Edin. Med. Journ., 1882.

[5] Dictionnaire Enc. des Sciences Med.

ملا ہوا پایا ۔ پلٹاف (Paltauf) نے غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد معدہ میں اکثر اوقات پانی پایا ۔

۲ بلانسکی[1] (Obolonsky) نے ۱۰ بچوں کی جو کہ ۲ ہفتے سے لیکر ۲ ماہ تک کی عمر کے تھے لاشوں سے وزن باندھا تاکہ وہ تیر نہ سکیں پھر ان کو رنگدار پانی میں رکھدیا اور ایک سے لیکر ۳ دن تک پڑے رہنے دیا ۔ تین لاشوں کے معدہ میں تو رنگین پانی کی ایک معتدبہ مقدار پائی گئی لیکن دو لاشوں میں صرف ایک تھوڑی سی مقدار تھی ، یہ پانچوں لاشیں پانی میں ۲ ، ۷ گھنٹہ تک پڑی رہی تھیں ۔ باقی ۱۳ لاشوں میں معدہ میں پانی کا بالکل کوئی شائبہ نہ تھا ۔ مسرکا (Misuraca) نے حیوانات کو موت کے بعد زیر آب رکھنے پر ان کے معدہ میں کبھی پانی نہیں پایا ۔ فاگرلنڈ (Fagerlund) نے بچوں اور حیوانات کی لاشوں پر تجربات کرتے ہوئے ان کو مختلف وضعوں میں زیر آب رکھا ، چت کے بل ، ایک جانب پر ، منہ کے بل ، وغیرہ وغیرہ ، بعض مثالوں میں لکڑی کے ذریعہ منہ کو کھلا رکھا گیا ، اور زبان کو باہر کھینچ کر مثبت کر دیا گیا ۔ لیکن نتائج سے یہی ظاہر ہوتا تھا کہ موت کے بعد معدہ میں پانی بڑی مشکل سے رسائی حاصل کرتا ہے بوجیر[2] (Bougier) نے ۲۳ انسانوں اور ۱۷ حیوانوں کی لاشوں کو مختلف رنگین سیالوں میں رکھا لیکن ایک مثال میں بھی پانی معدہ کے اندر داخل نہ ہوا ۔

پس مذکورۂ بالا دو سوالوں کا جواب ان تجربات اور مشاہدات کی رو سے یہ ہوگا ۔ (ا) کہ غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد پانی ہمیشہ معدہ میں نہیں پایا جاتا ۔ (ب) کہ پانی میں پڑی ہوئی لاش کے معدہ میں پانی داخل ہو جانے کا امکان ضرور ہے ۔

یہ دیکھنا چاہیئے کہ معدہ میں پانی کی کس قدر مقدار موجود ہے ، بعض مثالوں میں معدہ کے باقی مشمولات سے اوپر شفاف پانی کی ایک جداگانہ تہ پائی جاتی ہے ۔ اگر معدہ میں پائے ہوئے سیال کی خاص

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger Med., 1888

[2] Thése, Paris, 1885

صفات، اس واسطے کی کہ جس میں لاش پائی جائے صفات سے متناظر ہوں، تو یہ اہم ضرور ہے لیکن زندگی میں غرقابی کا ثبوت نہیں ہے۔ موت کے بعد معدہ میں پانی نہ ہونا اس امر کو موت کا سبب غرقابی ہے، خارج از بحث نہیں کرتا۔

بعض مثالوں میں، غرقابی سے واقع شدہ موت کی اثنا میں معدہ میں جو پانی داخل ہو جاتا ہے، وہ جبوی انقباض کے ذریعہ آگے امعا میں دھکیل دیا جاتا ہے، جہاں کہ اس کا موجود ہونا حیات میں غرق ہونے کا تقریباً یقینی ثبوت تصور کیا گیا ہے۔ جو سوالات معدہ میں پانی موجود ہونے کی نسبت کئے جاتے ہیں، وہ سوالات امعا کے بارے میں بھی مساوی طور پر مناسب حال ہیں۔ فیگرلنڈ (Fagerlund) کے نہایت ہی مبسوط تجربات، اس بات کے متعلق کہ کن حالات میں پانی امعا تک جا سکتا ہے، قابل قدر شہادت مہیا کرتے ہیں۔ ان سب کا ماحصل یہ ہے کہ غرقابی سے واقع شدہ موت میں گاہے دود یہ حرکات پانی کو معدہ سے امعا میں لیجاتی ہیں، اور یہ کہ بواب (pyloris) پانی کے آگے گذرنے میں کسی قدر مزاحمت پیش کرتا ہے، اور یہ کہ غذا سے بھرے ہوئے معدہ کی بجائے خالی معدہ سے پانی زیادہ آسانی سے امعا میں داخل ہوتا ہے، اور یہ کہ لبلی اغراق اس اوخال کے لئے سازگار ثابت ہوتا ہے۔ لاش میں پانی معدہ سے امعا میں صرف اسی صورت میں داخل ہوتا ہے جب کہ مفرط دباؤ ڈالا جاتا ہے۔

جیسا کہ پیشتر بیان ہو چکا ہے، غرقابی سے واقع شدہ موت کی وہ امارات جو کہ اوراق سابق میں بیان کی گئی ہیں، تازہ مرے ہوئے اجسام میں ملتی ہیں، بشرطیکہ ان کا امتحان پانی سے نکالنے کے تھوڑی دیر بعد مثلاً ۱۲ گھنٹے کے اندر یا زیادہ سے زیادہ ۲۴ گھنٹے کے اندر کیا جائے۔ موسم گرما میں تو اتنی مدت بھی اہم تر علامات کو ماند کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ جب گندیدگی کے تغیرات ابتدائی مراحل سے زیادہ ترقی کر جاتے

ہیں، تو شعبتوں اور قصبۃ الریہ کے کفدار مشمولات مفقود ہوتے ہیں ممکن ہے کہ کچھ سیال یا چند بلبلے موجود ہوں، لیکن صابن کا سا جھاگ بالکل نہیں پایا جاتا۔ گندیدگی کے ایک مرحلے میں سینہ کھولنے پر پھیپھڑے مہبوط ہو جاتے ہیں یا پیشتر ہی سے مہبوط پائے جاتے ہیں۔ اول الذکر صورت میں رئوی بافت کی یا باریک تر شعبتوں کے مخاط کی لینت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے تحت، جو فیزی مشمولات باہر نکل آتے ہیں مؤخر الذکر صورت میں پلوری کہفوں میں پانی کے ارتشاح کی وجہ سے یہ دباؤ پیشتر ہی پیدا ہو چکا ہو گا۔ گندیدگی سے جو بیرونی اور اندرونی تغیرات پیدا ہوتے ہیں، وہ نہایت ہی فریب دہ ہوتے ہیں، خاصکر اس امر کے متعلق کہ امکانی طور پر کوفتگیاں وغیرہ موجود تھیں یا نہیں چنانچہ جب کسی لاش کو پانی سے کہ جس میں ۲۴ یا زیادہ گھنٹے تک پڑی رہی ہو، نکالا جاتا ہے، تو گو کہ کوفتگیاں موجود رہی ہوں، جلد کے پانی جذب کر لینے کی وجہ سے وہ نظر نہیں آتیں پھر جب جلد خشک ہو جاتی ہے تو وہ نمودار ہو جاتی ہیں۔

لاش جتنی زیادہ مدت تک زیر آب رہی ہو اتنا ہی معدہ اور امعا میں پانی کا موجود ہونا غرقابی سے واقع شدہ موت کی کم قیمت امارت ہوتی ہے۔ موت کے بعد غرقاب شدہ لاش کی ہوائی گذرگاہوں میں ایک محدود مقدار تک پانی، کیچڑ اور سمندر گھاس (sea-weed) کے ذرات داخل ہو جاتے ہیں۔ ریت کے ذرات جو فیزوں تک میں پائے گئے ہیں، لیکن ششوں کا حجم بہت زیادہ بڑھا ہوا نہیں ہوتا اور نہ شعبتوں میں باریک کف ہی پایا جاتا ہے۔ پلوری کہفوں میں پانی کا ارتشاح ہو جانا ممکن ہے یہ نتیجہ ہو کہ جب قفس کو دور کیا جائے تو شش تیر پڑیں اور ابھرے ہوئے نظر آئیں بغیر اس کے کہ کوئی انتفاخ پایا جائے۔

استثنائی طور پر ایسی اصابتیں پیش آتی ہیں کہ نہایت ہی قلیل المدت اغراق ایسے پانی میں واقع ہوتا ہے کہ جس میں خراش آور نوعیت کے مادے ہوتے ہیں، اور اتفاق

188

کی وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے، اس اختناق کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بعد میں ہوائی گزرگاہوں میں مخاط کا سریع ارتشاح ہوتا ہے۔ براک بنک[1] (Brockbank) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے، جس سے اس اسلوب موت کی مثال حاصل ہوتی ہے۔ ایک ۳۹ سالہ آدمی اتفاقاً ایک ایسے مقام پر نہر میں جا گرا، جہاں ترشہ کے کپے لیجانے والی کشتیوں سے بوجھ اتارا جاتا تھا، اور جہاں اکثر اوقات کوئی کپا ٹوٹ جاتا تھا اور اس کے مشمولات نہر میں گر جاتے تھے۔ اس آدمی کو ایک منٹ سے بھی کم عرصہ میں بچا لیا گیا، اور معلوم ہوتا تھا کہ اس کی حالت ویسی ہی اچھی ہے جیسی کہ پہلے تھی۔ لیکن تقریباً نصف گھنٹہ کے بعد اس کا دم رکنے لگا، اور اس کے بعد بہت جلد اس کو دورے بھی ہونے لگے، اور وہ ایک دورہ کی اثنا میں غرقابی کے بعد آدھ گھنٹہ سے بھی کم عرصہ میں مر گیا۔ امتحان لاش پر منہ پر سفید کف اور خون آلود سیال پایا گیا۔ دونوں پھیپھڑے متہیج و شعبتین، خون آلود کفدار مصل سے بھری ہوئی تھیں۔ حنجرہ، قصبۃ الریہ اور شعبتوں کی غشاء مخاطی ممتلی تھی۔ اسلوب موت اور بعد الموتی مناظر ایسے تھے کہ جیسے ترشہ کا دخان سانس کے ذریعہ کھینچنے پر پیدا ہوتے ہیں، سوائے اس امر کے کہ مدت حیات قلیل تر تھی۔

غرقابی سے واقع شدہ موت کی اہم امارات کا ملخص۔

بیرونی امارت صرف ایک ہی ہے جو اہمیت رکھتی ہے، یعنی ہونٹوں اور نتھنوں پر باریک کف کا موجود ہونا۔ یہ امارت بڑی معنی خیز ہے، لیکن موت کے بعد جس مدت تک یہ موجود رہتی ہے، وہ مدت محدود ہے۔ ایک اتفاقی امارت یہ ہے کہ ہاتھوں میں گھاس یا کوئی دیگر مقامی شے پکڑی ہوئی ہو، جو کہ زندگی میں غرق ہونے کی علامت ہے، لیکن یہ کثیر الوقوع نہیں ہے۔

اندرونی امارات یہ ہیں: پھیپھڑوں کا بڑھا ہوا حجم اور

---

[1] Med. Chron. 1894

گندھے ہوئے آٹے کے مانند ملائمت، پلوری کہفوں میں پانی ہونا، پھیپھڑوں کو تراشنے پران سے پانی اور جھاگ کا رِسنا، قصبتہ الریہ اور شعبیتوں میں باریک کف کا پایا جانا، خون کا مرقق ہونا، معدہ میں وہ پانی یا سیال جس میں فرد ڈوبا ہو، پایا جانا، خاصکر اگر کچھ پانی امعا میں بھی پہنچ گیا ہو۔

جب ایسی لاش کی جو کہ پانی سے نکالی گئی ہو اور جو غرقابی سے واقع شدہ موت ظاہر کرتی ہو، تحقیقات کیجاتی ہے، تو پہلا سوال یہ ہوتا ہے کہ کیا غرقابی کی وجہ حادثہ تھا، یا کہ قتل، یا کہ خودکشی۔

اولاً یہ کہ اغلب امکان کیا ہے۔ ۱۹۱۹ء میں انگلینڈ اور ویلز میں جو اموات غرقابی سے ہوئیں، رجسٹرار جنرل (Registrar General) کی روئداد میں ان کو حسبِ ذیل طریق پر تقسیم کیا گیا ہے۔

حادثات		قتل		خودکشی	
ذکور	اناث	ذکور	اناث	ذکور	اناث
۱۵۳۷	۳۴۱	۱۶	۱۱	۴۲۵	۳۴۹

ان اعداد سے ظاہر ہوتا ہے کہ غرقابی سے واقع شدہ اموات میں سے سب سے زیادہ تعداد ان اموات کی ہوتی ہے جو کہ حادثہ کا نتیجہ ہوتی ہیں اور ان اموات میں بہ نسبت اناث کے ذکور کا ۴ گنا زیادہ حصہ ہے۔ اس کی وجہ پیشہ ورانہ خطرات ہیں جن سے بہ نسبت عورتوں کے مرد زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ وقت مذکورہ میں ۲۷ اموات قاتلانہ غرقابی سے ہوئیں، جن میں سے ۲۲ اموات دو سال سے کم عمر کے بچوں کی تھیں۔ معمولی حالات میں ایک بالغ کو ڈبو کر قتل کرنا ایک مشکل امر ہے، تاوقتیکہ مظلوم کو کسی نہ کسی طریقہ سے مزاحمت

کرنے کے ناقابل نہ بنا دیا جائے۔ یہ مشکل جتنی زیادہ مردوں میں ہے، اتنی زیادہ عورتوں میں نہیں، کیوں کہ اگر عورتوں کو غیر متوقع طور پر پانی میں دھکیل دیا جائے تو وہ زیادہ بے بس ہو جاتی ہیں۔

جب خودکشانہ غرقابی کا حادثاتی غرقابی سے مقابلہ کیا جاتا ہے، تو صنفین میں ایک نمایاں اعدادی تغیر پایا جاتا ہے، یعنی اناث اور ذکور کے درمیان ۶ : ۵ کی نسبت ہو جاتی ہے۔ عورتوں میں غرقابی خودکشی کرنے کا وہ طریقہ ہے کہ جس کو ترجیح دی جاتی ہے، غالباً اس وجہ سے کہ اس کی انجام دہی کے لئے کسی میکانی ترکیب کی ضرورت نہیں ہوتی، محض پانی میں گر جانے کا فعل ہی کافی ثابت ہوتا ہے۔

اس امر کی تحقیق کے لئے کہ آیا غرقابی کسی حادثہ کا نتیجہ تھی، یا قتل کا نتیجہ تھی، یا کہ خودکشی کا نتیجہ تھی، غرقابی کے بیرونی تعلقات بہ نسبت ان بیرونی تعلقات کے جو کہ دیگر اسالیب موت میں پائے جاتے ہیں، بہت زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ اگر لاش معمولی طور پر ملبوس ہو، تو یہ حالت ان تینوں صورتوں میں ہر صورت کیساتھ ہم آہنگ ہے۔ لیکن اگر لاش غیر ملبوس ہو، اور غرقابی سے واقع شدہ موت کی امارات بھی موجود ہوں، تو یہ حادثہ یا خودکشی پر دلالت کرتا ہے۔ اگر جگہ اور موسم نہانے کے لئے موزوں ہوں، تو اوّل الذکر کی، اور اگر ان میں سے کوئی ایک یا دونوں غیر موزوں ہوں، تو موخر الذکر کی دلیل ہے۔ کسی عجلت آمیز نتیجہ پر ہرگز نہیں پہنچنا چاہئے، گو کہ حالات خالصتہً اس کے حق میں ہوں، اور سب سے بڑھکر یہ کہ جب تک کہ پورا امتحان نہ کر لیا جائے، کوئی رائے ظاہر نہیں کرنا چاہئے۔ اس امر کی اہمیت ونسر[1] (Winsor) کے بیان کردہ واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے۔ دو فٹ گہرے پانی میں ایک عورت کی ننگی لاش پائی گئی۔ پہلے تو اسے اتفاقیہ غرقابی کی واردات خیال کیا گیا، کیونکہ یہ سنا گیا تھا کہ اس عورت نے خاص اس جگہ پر نہانے کی آرزو ظاہر کی تھی۔ بایں ہمہ امتحان پر

189

[1] Boston Med. and Surg. Journ; 1889.

اس کے دائیں صدری عضلہ میں خون کی وعابدری پائی گئی لیکن عزقابی سے مرنے کی کوئی معمولی امارت موجود نہ تھی یعنی پھیپھڑوں یا معدہ میں بالکل پانی نہیں پایا گیا ۔ اس سے جو نتیجہ اخذ کیا گیا وہ یہ تھا کہ موت امتصاص سے ہوئی ہے اس کا سبب سینہ کا انضغاط ہے (غالباً کسی نے گھٹنے ٹیکے ہیں) اور بعد میں لاش اس جگہ پر جہاں کہ یہ پائی گئی رکھدی گئی ہے ۔

لاش پر کوفتگیوں اور زخموں کا ہونا فریب کارانہ قتل کا شبہ پیدا کرتا ہے لیکن ہو سکتا ہے کہ یہ سابقہ حادثہ یا خودکشانہ اقدام کا نتیجہ ہوں یا موت کے بعد ان تضررات کا نتیجہ ہوں جو پانی کی حرکت یا رو کے ذریعہ لاش کے چٹانوں یا کھمبوں یا دیگر اشیا کے ساتھ ٹکرانے سے پیدا ہو جاتے ہیں ۔ ڈریپر نے دو سبق آموز واقعات بیان کئے ہیں کہ جن میں سابقہ حادثی تضررات کی وجہ سے اسلوب موت کی تشخیص میں الجھن پیدا ہو گئی ۔ کسی بیر کے کارخانہ (brewary) کے تہ خانہ میں ایک بہت بڑا خزانہ آب تھا اور اس میں ایک بوزہ کش (brewer) کی لاش پائی گئی ۔ اس خزانہ کا واحد راستہ ایک شیفٹ (shaft) تھا، جس کی سطح تراش شکل سے ۲ فٹ مربع ہوگی، اور جس کا فتحہ عمارت کی ایک بالائی منزل میں تھا ۔ لاش میں غرقابی سے واقع شدہ موت کی غیر مشتبہ امارات پائی جاتی تھیں، چہرے پر اور سر کی چوٹی پر کچھ کوفتگیاں بھی تھیں جو کہ لاش کے شیفٹ میں گرنے کا نتیجہ معلوم نہیں ہوتی تھیں ۔ ایسا معلوم ہوتا تھا گویا متوفی کو سر چوٹ سے بے ہوش کر کے شیفٹ (shaft) میں پھینک دیا گیا ہے ۔ تحقیقات کرنے پر یہ بات نکلی کہ یہ کوفتگیاں موت سے دو دن قبل شرابیوں کے جھگڑے میں لگ گئی تھیں اور لاش کے ساتھ ایک خط ملا جس میں متوفی نے خودکشی کر لینے کی آرزو ظاہر کی تھی ۔ دوسرا واقعہ ایک آدمی کا ہے جس کی لاش دریا میں پائی گئی اس کے ایک کان کے پیچھے ایک دریدہ اور کوفتہ زخم تھا جس سے جمجمہ منکشف ہو گیا تھا اور جس کا منظر ایسا تھا گویا وہ زندگی میں کسی تیز پتھر یا آلے[1]

کی دیگر شئے سے پیدا ہوا ہے، غرقابی سے واقع شدہ موت کی امارات موجود تھیں۔ یہاں بھی قرائن ہی بتاتے تھے کہ کسی شخص نے سر پر چوٹ لگائی ہے اور بعد میں اسنے بے ہوش مظلوم کو دریا میں پھینک دیا ہے۔ بالآخر لاش کو شناخت کر لیا گیا کہ یہ ایک ایسے آدمی کی ہے جو بحالت نشہ سیڑھیوں سے نیچے گر گیا تھا، اور جس نے بعد میں ذریعہ معاش نہ ہونے کی وجہ سے خودکشی کر لی تھی۔

پانی میں کودتے وقت بھی نضررات لگ سکتے ہیں اور اس طرح سے فقرات، جوارح کی ہڈیوں اور جمجمہ کے کسر پیدا ہو گئے ہیں۔ آگسٹن (Ogston) نے بیان کیا ہے کہ ایک عورت نے پل کے کنگورے پر سے چھلانگ لگائی تو پانی سے متماس ہوتے پر اس کی رانیں بزور جدا ہو گئیں جس سے اس کا عجان دریدہ ہو گیا۔

جیسا کہ پیشتر ایک دیگر اسلوب کی متشددانہ موت کے سلسلہ میں بیان کیا جا چکا ہے، بسا اوقات خود کشندہ اپنی زیست کا خاتمہ کرنے کی ایک سے زیادہ مرتبہ کوشش کرتا ہے اور یہ مختلف انواع کی ہو سکتی ہے، مثلاً ایک آدمی کا اپنے سینہ میں گولی مار لینا اور بعدہٗ اپنے کو ڈبو دینا یا اپنے آپ کو ڈبونے سے قبل اپنا گلا کاٹ لینا۔ یہ ہرگز کوئی استثنائی واقعہ نہیں ہے کہ ایک عورت یا مرد پہلے زہر کھالے، اور بعد میں اپنے کو پانی میں گرا دے۔ ایسی وارداتوں کی تاویل میں بڑے غور و فکر سے کام لینا چاہیئے، کیونکہ معاملہ اکثر وہی ہوتا ہے جو کہ غیر اغلب ہوتا ہے۔ مثلاً غرقابی کے ہمراہ سم کا پایا جانا خودکشی کی جانب اشارہ کرتا ہے، بایں ہمہ ایسا قتل سے بھی ہوا ہے۔ ایک عورت کو برانڈی مرغوب الطبع تھی، ایک اور عورت نے اس امر سے فائدہ اٹھا کر اسے کچھ برانڈی پلا دی جس میں پہلے سے سنکھیا ملا ہوا تھا۔ یہ برانڈی کھلی ہوا میں پلائی گئی اس وقت جب کہ مظلومہ دریا کے کنارے بیٹھی ہوئی تھی اور اس کی پشت پانی کی طرف تھی ہمراہی عورت نے اس بات سے تنگ آکر کہ زہر کا اثر بہت سست ہے پہلی عورت کو پانی میں دھکا دے دیا، لاش تین دن بعد جا کر برآمد ہوئی۔ بدا ہتہً اس قسم کا واقعہ جس حد تک کہ خودکشی

یا قتل کی تحقیق کا تعلق ہے، طبی شہادت کے دائرہ بحث سے خارج ہے۔
اس سے سبق جو حاصل ہوتا ہے، وہ یہ ہے کہ قطعی رائے کا اظہار محض غالب
امکان کی بنا پر نہ کرنا چاہیئے جو کہ اس واقعہ میں بہت زبردست تھا۔
تسمیم اور غرقابی کا اجتماع اس قدر شاذ طور پر قاتلانہ فعل کا نتیجہ ہوتا ہے کہ
بیلوراڈسکی[1] (Belohradsky) جس نے یہ واقعہ بیان کیا ہے ایک ہزار سے زیادہ
وارداتوں میں سے صرف دو مرتبہ ایسی واردات سے دوچار ہوا۔ پس اگرچہ
یہ اجتماع خودکشی کے غالب امکان کی دلیل ہے، تاہم قتل کے امکان
کو ہرگز نظرانداز نہ کرنا چاہیئے۔

تخنیق خودکشی کا ایک استثنائی طریقہ ہے۔ لہذا جب پانی میں کوئی
ایسی لاش پائی جائے کہ اس میں تخنیق کی امارات ہوں اور غرقابی کی نہ ہوں،
تو گمان غالب یہ ہے کہ تخنیق کے ذریعہ قتل ہوا ہے، اور بعد میں لاش کو
پانی میں ٹھکانے لگا دیا گیا ہے۔ ہافمین[2] (Hofmann) نے ایک واقعہ درج کیا
ہے، جو اس بیان سے مستثنیٰ ہے۔ ایک تقریباً ۲۰ سالہ لڑکی حمام میں مردہ پائی
گئی، اس کی گردن کے گرد پیکنگ (packing) کا موٹا دھاگا بندھا ہوا تھا، اور
اس کا برہنہ جسم رکوعی وضع میں تھا، اور سر زیر آب تھا، امتحان سے معلوم ہوا
کہ موت تخنیق (strangulation) سے واقع ہوئی ہے۔ یہ حمام ایک پبلک
درسگاہ میں واقع تھا، اور متوفیہ نے اپنے آپ کو حمام کے کمرہ میں مقفل
کر لیا تھا، جس کے دروازے پر ایک خادمہ کی نگاہ رہتی تھی، لہذا اس امر میں بالکل
شک نہیں تھا کہ اس لڑکی نے خود اپنی جان لے لی ہے۔ شاید یہ استدلال
کیا جائے کہ اگر یہ قتل کا واقعہ ہوتا تو لاش کو پانی میں پھینکنے سے قبل قاتل
نے تخنیق کی شہادت برباد کر دی ہوتی، لیکن بیلوراڈسکی (Belohradsky)
نے ایک اور واقعہ بیان کیا ہے جو اس امر کی مزید مثال بہم پہنچاتا ہے۔

---

[1] Maschka's Handbuch

[2] Wiener Med. Presse, 1879

کہ قیاس پر مبنی استدلال غلطی کے خطرہ سے خالی نہیں ہوتا۔ ایک لاش جس کی گردن کے گرد تین مرتبہ ڈوری لپٹی ہوئی تھی پانی کے اندر پائی گئی، غرقابی کی موت کی کوئی امارت نہ تھی۔ یہ واقعہ تحقیق کے ذریعہ قتل کرنے کا تھا، جس میں موت کے بعد لاش کو پانی میں ڈال دیا گیا تھا۔ اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہیئے کہ بوقت موت یا موت کے کچھ دیر بعد پیدا ہونے والے نشانات پر قتل کی علامات کا دھوکا نہ لگ جائے۔ ایسے ایک واقعہ میں ایک چیغہ کی رسی سے، اور ایک دیگر واقعہ میں درخت کی ٹہنی سے فریب دہ صورت حالات پیدا ہو گئی۔

سر پر شدید چوٹوں کی علامات ہونا جو زندگی میں لگے ہوئے تضررات کا منظر رکھتی ہوں، قتل کا شبہ پیدا کرتا ہے، اور اگر غرقابی کی موت کی امارات مفقود ہوں، تو اس شبہ کو تقویت حاصل ہوتی ہے لیکن موت سے ایک محدود مدت قبل از خود تضررات پیدا ہونے کا امکان بھی مد نظر رکھنا چاہیئے۔ اگر کمسن بچوں کی صورت سے قطع نظر کر لیا جائے تو ایسی لاشوں پر جو پانی میں حاصل ہوں گلا کاٹنے کے زخموں کی موجودگی خودکشی کی ایک زبردست دلیل ہے۔

جب پانی میں کوئی لاش ملے جس پر ایسا زخم ہو جو آتشیں ہتھیار سے پیدا ہوا ہو، تو اس زخم کی مقامیت کی جانب توجہ کرنے کی ضرورت ہے۔ بالعموم نتیجہ یہ نکالا جاتا ہے کہ موت خودکشی سے واقع ہوئی ہے لیکن اس نتیجہ کے قرین قیاس ہونے کے لئے شرط یہ ہے کہ زخم لاش کے سامنے حصے پر یا سر یا سینہ میں ہو۔ اگر لاش استادہ پانی مثلاً تالاب میں ملے، تو آتشیں ہتھیار ضرور کہیں قریب میں موجود ہو گا، اور اگر دریا یا سمندر میں ملے، تو لاش اس مقام سے کہ جہاں پر گولی چلی ہے بہ کر بہت دور تک چلی گئی ہو گی۔ بداہتہً کوئی بات قاتل کو اس سے مانع نہیں کہ وہ خودکشی کا خیال پیدا کرنے کے لئے ہتھیار لاش کے قریب چھوڑ جائے لیکن ایسا اقدام پُرخطر ہے، اِلّا اس صورت کے کہ قاتل نے متوفی ہی کا آتشیں ہتھیار اپنے قبضہ میں کر لیا ہو۔

موت سے بعد پیدا ہونے والے تضررات اکثر متحرک پانی مثلاً تیز رو دریاؤں میں، یا بندرگاہوں میں، یا نہروں کے سدود (locks) میں لگتے ہیں بعض

اوقات یہ تضررات مقامیت اور وسعت کے لحاظ سے ان زخموں سے جو کہ دوران زندگی میں نہایت کثرت سے لگتے ہیں، ایک عجیب مماثلت رکھتے ہیں۔ بعض مثالوں میں لاش اس طرح پاش پاش ہو جاتی ہے کہ انتہائی قاتلانہ تشدد میں بھی ایسا ہونا ناممکن ہے۔ بوقت موت لگے ہوئے زخم اور بعد میں لگے ہوئے تضررات جب ایک ہی لاش پر ایک ساتھ موجود ہوں تو ان کے درمیان فرق کرنا بالعموم کچھ مشکل نہیں ہوتا، لیکن کبھی کبھی احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ موت سے قبل اور موت سے بعد لگے ہوئے زخموں کا امتیازی منظر کسی آئندہ باب میں بیان کیا جائے گا۔ جب جبوی اعضا کے تضررات پائے جائیں، جو اپنی مخصوص نوعیت کے باعث لازماً فوری ہلاکت واقع کرنے والے ہوں اور لاش میں غرقابی کی موت کی واضح امارات پائی جاتی ہوں تو اس میں کچھ شبہ نہیں کیا جا سکتا کہ یہ تضررات موت کے بعد پیدا ہوئے ہیں۔ بخلاف اس کے اگر غرقابی کی موت کی امارات موجود نہ ہوں اور اس قسم کے تضررات موجود ہوں تو اس سے قتل کا گمان پیدا ہوتا ہے، الا اس صورت کے کہ ماحول کی نوعیت کی بناء پر سمجھ لیا جائے کہ متوفی نے یہ تضررات خود لگائے ہوں گے اور بعدہٗ اس کی لاش پانی میں بغیر کسی کے گرائے گر پڑی ہوگی، چنانچہ یہ معلوم ہے کہ ایک آدمی نے دریا کے کنارے گولی سے اپنا بھیجا اڑا لیا اور وہ مرنے کے بعد پانی میں گر پڑا۔ ایک خود کشندہ جو اپنے آپ کو بہت بلندی سے پانی میں گراتا ہے ممکن ہے کسی شے کے ساتھ ٹکرا کر اپنے شوکہ (spine) کو عنقی خطہ میں مکسور اور مخلوع کر ڈالے۔ ایسی صورت میں غرقابی کی موت کی امارات مفقود ہوں گی اور یہ امر کہ کس طرح سے موت واقع ہوئی، ماحول سے مستنبط کرنا پڑے گا۔ یہ امر کہ غرقابی میں موت غشیان سے بھی ہو سکتی ہے اور بعد میں لاش کے ابھری ہوئی اشیا سے ٹکرانے سے تضررات پیدا ہو جاتے ہیں، ذہن نشین رکھنے کی ضرورت ہے، کیونکہ اس صورت میں ایک تو ایسے تضررات یکجا پائے جاتے ہیں کہ جن کی نوعیت کی بناء پر یہ گمان کیا جاتا ہے کہ ان سے فی الفور ہلاکت ہو گئی ہوگی، دوسرے غرقابی کی موت کی امارات موجود نہیں ہوتیں۔

رچرڈسن[1] (Richardson) نے ایک واردات کی اطلاع دی ہے جس سے متذکرہ نکات میں سے بعض کی مثال حاصل ہوتی ہے۔ ایک تقریباً ۶۰ و ۷۰ سال کے آدمی کی لاش سمندر میں پائی گئی اور اس میں تحلیل ہو رہی تھی جو کہ بہ نسبت شکم کے سر پر زیادہ ترقی یافتہ تھی۔ انفی ہڈیاں شکستہ اور ڈھیلی تھیں، سر کے دونوں جانب صدغی اور جداری ہڈیوں کے اتصال پر چاندلی پھٹ کر جدا ہو گئی تھی۔ برہنہ جمجمہ مکسور تو نہ تھا البتہ کھردرا تھا جیسے اس نے کسی سخت شے سے رگڑ کھائی ہو، لیکن ہڈی مکسور نہ تھی۔ تیسرے اور چوتھے عنقی فقرات کے درمیان مخلوع تھا۔ چوتھے فقرہ کا شوکی زائدہ شکستہ تھا اور نخاع کچلا ہوا تھا۔ پھیپھڑے متمدد اور اسفنج نما تھے اور قلب پر متراکب تھے، اور ان کو کاٹنے پر خون آلود کف مترشح ہوتا تھا۔ خون سیال اور سیاہ تھا۔ معدہ میں ½ پانٹ پانی تھا جو کہ زیادہ تر بحری تھا۔ صحیح طور پر یہ نتیجہ نکالا گیا کہ موت غرقابی سے واقع ہوئی ہے اور یہ کہ تضررات موت کے بعد پیدا ہوئے ہیں۔ غرقابی کی خصوصی امارات عنقی نخاع کے ایسے تضرر کے ہمراہ پائی گئیں کہ اگر یہ تضرر دوران زندگی میں پیدا ہوا ہوتا تو ضرور فوری ہلاکت کا موجب ہوتا۔ خودکشی کی دلیل ایک تو مہینہ تھا یعنی نومبر، دوسرے یہ امر کہ لاش پر جرابیں اور ایک فلالینی قمیص کی آستین موجود تھی۔

گاہے کوئی لاش جو کہ غرقابی کی موت کی امارات پیش کرتی ہے، ایسے پانی میں ملتی ہے جو صرف چند انچ گہرا ہوتا ہے۔ ایسی وارداتیں بالعموم خودکشی کی ہوتی ہیں لیکن اتفاقی بھی ہوتی ہیں، جب کہ متوفی مخمور یا صرعی نوبت کے زیر اثر ہوتا ہے اور اس سے پانی میں منہ کے بل بے بس ہو کر گر جاتا ہے۔ نہایت کمسن یا عمر رسیدہ موضوعوں کو مستثنیٰ کر دیا جائے تو اس ذریعہ سے کسی کو قتل کرنا مشکل ہوگا، تاوقتیکہ مقتول کو پہلے بے بس نہ کر لیا جائے۔ لاش پر کوفتگی یا تشدد کے ایسے اوپری نشانات کی تاویل میں کہ جو کہ زندگی میں پیدا شدہ نشانات کے سے

[1] Brit. Med Journ., 1889

اوصاف رکھتے ہوں، احتیاط کی ضرورت ہے، کیوں کہ ممکن ہے کہ کوئی مخمور آدمی پہلے ایک سے زیادہ مرتبہ گرا ہو اور یہ تغیرات اس سے پیدا ہو گئے ہوں یا ممکن ہے کہ یہ رجفی صرعی تشنجات سے پیدا ہو گئے ہوں۔

غرقابی اس طرح بھی واقع ہو گئی ہے کہ کسی بالٹی یا دیگر برتن میں پڑے ہوئے پانی میں سر کو ڈبو دیا گیا ہے۔ بالغوں میں یہ فعل بالعموم خودکشی کے طور پر کیا جاتا ہے۔ اس کی مستثنیات یہ ہیں کہ کسی آدمی کو اس کی بے بسی سے فائدہ اٹھا کر جو کہ نشہ یا دیگر اسباب کا نتیجہ ہوتی ہے قتل کر دیا جاتا ہے۔ اس طرح سے شیر خوار بچوں کو غرق کر دیا جاتا ہے، اور ان کی لاشوں کو تالاب یا دریا میں پھینک دیا جاتا ہے۔ ایک ایسے واقعہ میں ہوائی گذرگاہوں میں صابن آمیز میلے پانی کا سیال پایا گیا جس سے یہ ثابت ہوتا تھا کہ اس واسطے میں بچہ کو غرق نہیں کیا گیا کہ جس میں لاش ملی ہے۔ گاہے موت حادثہ کا نتیجہ ہوتی ہے، مثلاً کوئی کاریگر کسی پیپے میں سر کے بل جا گرے اور بغیر اس کے کہ بقیہ جسم زیرِ آب ہو غرق ہو جائے۔

ممکن ہے کہ ہاتھ اور پاؤں ایک دوسرے سے بندھے ہوئے پائے جائیں اور ڈوریوں سے وزن بندھا ہوا ہو یا نہ بندھا ہوا ہو اگر غرقابی کی موت کی امارات بھی موجود ہوں، تو یہ خودکشی کی دلیل ہے۔ لیکن تشدد کے نشانات کے لئے کہ جو قتل کی جانب اشارہ کرتے ہیں، لاشوں کا محتاط امتحان کرنا چاہئے۔

بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ کوئی آدمی معمولی گرم پانی سے غسل کر رہا ہوتا ہے، اور پھر مردہ پایا جاتا ہے، اور کوئی بیرونی تضرر موجود نہیں ہوتا۔ اگر غرقابی کی موت کی امارات موجود ہیں تو ایسا واقعہ یا تو خودکشی کا ہو گا، یا حادثہ کا موخرالذکر غالباً صرعی نوبت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اگر ایسی امارات مفقود ہوں، تو موت غشیان سے واقع ہوئی ہو گی، ایک واردات میں موت کا سبب ریوی ورید کی علقیت تھی۔ ایسے واقعات میں قتل کا سوال اس وقت اٹھتا ہے جب کسی دوسرے شخص کی نیت اور طرز عمل کے متعلق کچھ شبہ کی وجہ موجود ہو۔

طبّی شہادت سے اس امر کی توقع کی جاتی ہے کہ موت کے سبب کا ثبوت پیش کرے جو کہ غرقابی کے علاوہ کسی اور سبب سے پیدا شدہ اختناق کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہے، اور یہ کہ جسم کی عمومی حالت بیان کرے کہ کشمکش واقع ہونے کی کیا علامات پائی جاتی ہیں۔

یہ ایک معلوم امر ہے کہ گاہے مالی مشکلات میں مبتلا اشخاص ایسے انداز پر خودکشی کر لیتے ہیں کہ جس سے حادثہ کا گمان ہوتا ہے تاکہ ان کا خاندان اُس زر سے جو کہ بیمہ پالیسی کی وجہ سے موت کے بعد واجب الوصول ہے متمتع ہو سکے۔ زمانۂ حاضرہ میں اس مکر کی ضرورت نہیں رہی جس کی وجوہات بیمہ کے باب میں بیان کی گئی ہیں۔ وقتاً فوقتاً اس طریقہ سے خودکشی کا ارتکاب اس لئے کیا جاتا ہے کہ خودکشندہ کا مقصد اپنے خاندان کو اس بدنامی سے بچانا ہوتا ہے کہ جو خودکشی سے ہوتی ہے۔ طبی شہادت اس کے سوا کچھ نہیں کر سکتی کہ موت کے سبب کا ثبوت دے، جبکہ خودکشی اور حادثہ کے درمیان امتیاز کی تحقیق قرائینی شہادت سے کرنی پڑے گی۔

غرقابی کے بعد احیا

چوں کہ غرقابی، بالعموم اختناق سے اور پھیپھڑوں کی طبعی حالت میں بعض تغیرات کی وجہ سے واقع ہوتی ہے، لہٰذا اس کے بعد شفایاب ہونے کا امکان دو چیزوں پر موقوف ہے۔ (۱) مدت اختناق۔ (۲) اور یہ کہ ریوی بافتوں میں تغیرات کس درجہ تک پہنچ چکے ہیں۔ کتوں پر تجربہ کرنے سے معلوم ہوا ہے کہ جب ان کی قصبۃ الریہ دفعتہً مسدود ہو گئی ہو تو ان کی حرکاتِ تنفس تقریباً چار منٹ تک اور حرکاتِ قلب اس کے بعد دو تین منٹ اور جاری رہتی ہیں، اور یہ کہ شفایابی قلب کی حرکت بند ہونے سے قبل کسی وقت میں بھی ممکن ہے۔ رائل میڈیکل اینڈ سرجیکل سوسائٹی[۱] (Royal Medical & Surgical Society)

---

[۱] Med. Chirurg Trans., 1862

کے تجربات بتاتے ہیں کہ اگر اختناق غرقابی کے ذریعہ پیدا ہو، تو وہ مدت جس کے بعد شفایابی ناممکن ہے، نہایت تھوڑی ہوتی ہے۔ دو کتے کہ جنمیں ایک کی قصبتہ الریہ میں ڈاٹ لگا ہوا تھا اور دوسرے کی قصبتہ الریہ میں نہیں لگا ہوا تھا، دو منٹ تک زیر آب رکھے گئے۔ اور پھر پانی میں سے نکال لئے گئے۔ ان میں سے وہ کتا کہ جس کی قصبتہ الریہ میں ڈاٹ لگا ہوا تھا، شفایاب ہو گیا، لیکن جو دوسرا تھا، وہ شفایاب نہ ہوا۔ یہ فرق پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ جب قصبہ میں ڈاٹ لگا دیا جاتا ہے، تو پھیپھڑوں میں پانی یا ہوا نہیں داخل ہو سکتی، بدیں وجہ جب تسدد کو دور کر دیا جاتا ہے، تو ان میں اپنی فعلیت دوبارہ شروع کرنے کی قابلیت موجود ہوتی ہے جب قصبتہ الریہ کو کھلا رکھا جاتا ہے، تو تنفس کی مساعی سے باریک ترشعبتوں اور جوفزوں میں پانی کھینچ آتا ہے، جس سے ریوی بافت کپوہ ہو جاتی، اور اپنی لچک کھو دیتی ہے۔

انسان میں اختناق، زیر آبی سے دو تین منٹ بعد واقع ہوتا ہے، اور موت بالعموم اس کے بعد پانچ چھ منٹ تک واقع ہو جاتی ہے۔ اس سے طویل تر مدت کی زیر آبی کے بعد شفایاب ہونے کے واقعات بھی درج ہیں، لیکن اغلب یہ ہے کہ ان میں کوئی ایسی حالت موجود تھی کہ جو پھیپھڑوں میں پانی کی کشش نہیں ہونے دیتی تھی۔ بعض افراد نے مشق سے اور کسی استثنائی ذاتی وصف کی مدد سے معمولی سے بھی زیادہ مدت تک زیر آب رہنے کی استعداد حاصل کر لی ہے، بغیر اس کے کہ کوئی مضرت رساں نتیجہ ہو ان مثالوں میں بظاہر زیر آبی کی اثنا میں تنفس کی بالکل کوشش نہیں کی جاتی چنانچہ یہ ایک اختناق کی حدود کو معمول سے زیادہ بڑھانے کی قابلیت کا سوال ہو جاتا ہے۔ غرقابی میں پھیپھڑوں کی حالت کا ذکر کرتے ہوئے یہ بیان کیا گیا تھا کہ پانی کے استصاص سے شعبتی انبوبوں میں مخاط کا جو افراز ہوتا ہے، اس سے باریک ترشعبتوں کے مسدود ہو جانے کا امکان ہے۔ خواہ طویل زیر آبی کے بعد قلب بدستور حرکت کرتا رہے، اور حیوی حالت (اختناق کے درجہ کے لحاظ سے) مایوس کن بھی نہ ہو، تو بھی باریک ترشعبتوں کا اس طرح مسدود

ہو جانا اس وقت جبکہ جسم کو پانی سے نکالا جاتا ہے، ہوا کو جوفِ زوں تک پہنچنے سے روک دیتا ہے۔ چنانچہ تنفس کی مساعی محض مخاط اور کف کو ہوائی گذرگاہوں میں بلوتی اور آگے پیچھے ہی جاتی ہیں، لیکن تنفس میں کچھ مدد نہیں دیتیں۔

تاہم یہ جاننا نہایت حوصلہ افزا ہے کہ کوئی اصابت کیسی ہی مایوس کن کیوں نہ ہو اگر اس کا استقلال سے مناسب طور پر علاج کیا جائے، تو اکثر اوقات طویل زیرآبی کے بعد بھی شفا ہو جاتی ہے۔ ایک مرتبہ ایک ملاح ایک لاش کو رسی سے کھینچ کر کنارے لایا اور اس نے خیال کیا کہ لاش میں شمع حیات گل ہو چکی ہے، ایک طبیب نے اس خیال کی تصدیق بھی کر دی۔ لیکن دو تماشائیوں نے، جو کہ زیادہ پُر امید تھے زوروں سے علاج شروع کر دیا نتیجہ یہ ہوا کہ وہ شخص جو کہ بظاہر غرق ہو چکا تھا، زیرآبی کے اثرات سے کلیۃً شفایاب ہو گیا۔ بہت کچھ اس امر پر موقوف ہے کہ فوری علاج کیا جائے۔ بدقسمتی سے اکثر ایسا ہوتا ہے کہ جو لوگ موقعہ پر موجود ہوتے ہیں، ان میں سے کسی کو بھی مصنوعی تنفس کی اتنی عملی واقفیت نہیں ہوتی کہ وہ اسے موثر انداز میں انجام دے سکے۔ ناکامی کی ایک دوسری وجہ یہ ہے کہ موقعہ پر مصنوعی حرارت پہنچانے کے ذرائع مہیا نہیں ہو سکتے۔ پیرس میں غریقیوں کیلئے امدادی مقامات قائم کرنے سے جو کامیابی حاصل ہوئی ہے [a] اس سے فوری اور دیرگیر علاج کا فرق معلوم ہوتا ہے۔ زمانہ ماضی میں ۵ منٹ کی زیرآبی کو کامیابی کے امکان کے نقطہ نگاہ سے ایک انتہائی مدت تصور کیا جاتا تھا۔ زمانہ حاضرہ میں جبکہ کمبل اور گرم غسلوں کی صورت میں حرارت پہنچانے کے ذرائع ہر وقت مہیا ہوتے ہیں اور فوری علاج سے یہ مدت بڑھ کر ۵ منٹ ہو گئی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ اتنی مدت ہو تو شفایابی یقینی ہے۔

پوپ (Pope) نے طویل زیرآبی کے بعد شفایاب ہو جانے کی حسبِ ذیل مثال درج کی ہے۔ ایک آدمی ایک کشتی میں سفر کر رہا تھا کہ اتنے میں کشتی

[a] The Lancet, 1881

الٹ گئی، اور وہ خود پانی میں گر پڑا۔ ساتھ ہی اس پر کچھ بوجھ بھی گر پڑا چنانچہ بائیں بازو کے سوا وہ تمام تر اور مسلسل ۱۲ سے ۱۵ منٹ تک زیر آب رہا۔ اس کا احیا نہایت مشکل سے کیا گیا، لیکن انجام کار اسے شفا ہو گئی۔ اس عمدہ نتیجہ کو اس امر کی جانب منسوب کیا گیا کہ سینہ دبا رہا۔ اس چیز نے ارتجاج سے ملکۂ تنفس میں اس قدر مداخلت پیدا کر دی کہ پھیپھڑوں میں پانی داخل نہیں ہونے دیا۔

194

مصنوعی تنفس

سلوسٹر (Silvester) **کا طریقہ** مریض کو کچھ سیکنڈ تک اوندھے منہ لٹا کر اس کا منہ اور حلق صاف کرو۔ پھر اسے چت لٹا دو اس طرح کہ سر پاؤں کی بہ نسبت ذرا اونچا رہے۔ سر اور کندھوں کو کسی ٹھوس طور پر تہ کئے ہوئے کپڑے پر سہارا دے دو۔ گردن اور سینہ پر سے ہر ایسی چیز جو چست ہو اتار دو۔ زبان کو باہر کھینچ لو، اور اس کو اس وضع پر قائم رکھو۔ بازوؤں کو کہنی کے ذرا اوپر سے گرفت کرو، اور ان کو مستعدی سے سر کے اوپر لے جاؤ۔ ان کو دو سیکنڈ تک تانے رکھو۔ پھر انھیں واپس لے آؤ اور دو سیکنڈ تک سینہ کی جانبوں پر مضبوطی سے دبائے رکھو۔ ان حرکات کا فی منٹ ۱۵ مرتبہ اعادہ کرو، تا آنکہ قدرتی تنفس شروع ہو جائے یا تا آنکہ احیا کی بالکل امید باقی نہ رہے۔ مالش اور حرارت رسانی کو اس اثنا میں جاری رکھنا چاہیئے۔

ہوورڈ (Howard) **کا طریقہ** ۔ مریض کو اوندھے منہ لٹا دو، اور اس کے معدہ اور سینہ کے تلے کپڑے کی کوئی سخت گدی رکھ دو۔ مریض کی پشت پر دو تین مرتبہ اپنے سارے بوجھ کے ساتھ دباؤ ڈالو جو کہ ہر مرتبہ تقریباً چار سیکنڈ تک ہو، تاکہ منہ اور ہوائی گذرگاہوں سے جتنا جمع شدہ پانی کہ ممکن ہو بہ کر نکل جائے۔ پھر مریض کو چت لٹا دو، اس طرح کہ کپڑے کی گدی ٹھیک کتفی ہڈیوں کے نیچے آ جائے،

اور سر پیچھے کی جانب گر جائے۔ مریض کے ہاتھوں کو سر کے اوپر کی جانب رکھدو۔ پھر اس کے کولوں پر دو زانو بیٹھ جاؤ اور اپنی کہنیوں کو اپنے کولوں پر جما کر رکھو۔ پھر مریض کے سینہ کو زیریں حصہ سے مضبوط پکڑ کر دونوں جانب سے بھینچو، اور تین سیکنڈ تک اپنے سارے بوجھ کے ساتھ بتدریج آگے کے جانب زور لگاتے جاؤ، یہاں تک کہ تمہارا منہ تقریباً مریض کے منہ کے اوپر پہنچ جائے پھر ایک جھٹکے کے ساتھ فوراً پیچھے ہٹ جاؤ۔ تین سیکنڈ تک توقف کرنے کے بعد اس عمل کا اعادہ کرو، اور اسے فی منٹ آٹھ دس مرتبہ انجام دو۔

لبارڈ (Leborde) کا طریقہ مریض کو چند سیکنڈ کے لئے اوندھے منہ لٹادو تاکہ منہ اور حلق خالی ہو جائے، پھر اسے چت لٹادو۔ لیکن سر ذرا نیچا رہے۔ کوئی لکڑی کا ٹکڑا یا ایسی ہی کوئی شئے ڈاڑھوں کے درمیان ٹھونس دو تاکہ منہ کھلا رہے۔ رومال کا ایک کونہ انگلی کے گرد لپیٹ کر اس کے ذریعہ منہ کو مخاط سے صاف کرو۔ پھر دائیں انگشت شہادت اور انگوٹھے کو رومال سے ڈھانک کر ان کے ذریعہ زبان کو جتنا پیچھے سے ممکن ہو پکڑ لو، اور اسے سرعت کیساتھ باہر کھینچو اور پھر فوراً تناؤ کو ڈھیلا کردو۔ پوری زبان کو فی منٹ پندرہ مرتبہ اسی طرح آگے کھینچو۔ اگر مزید امداد حاصل ہو سکتی ہو تو زبان کھینچنے کے فعل کے ساتھ ساتھ سینہ کا دوجانبی انضغاط عمل میں لانا چاہئیے۔

شیفر (Schaffer) کا طریقہ مریض کو زمین پر اوندھے منہ لٹادو، اور سینہ کے زیریں حصے کے نیچے ایک تہ کیا ہوا کوٹ رکھدو۔ مریض پر یا اس کے پاس دو زانو بیٹھ جاؤ، اس طرح کہ تمہارا منہ، مریض کے سر کی طرف ہو۔ پھر اپنے دونوں ہاتھوں کو اس کی پشت پر چپٹا رکھو، ایک ہاتھ ایک طرف اور دوسرا ہاتھ دوسری طرف۔ پھر بتدریج آگے کی جانب اپنا بوجھ ڈالو، جس سے مریض کے سینہ پر ایسا دباؤ پڑے جو مضبوط ہو لیکن تند نہ ہو۔ اس طریقہ سے مریض کے پھیپھڑوں میں سے ہوا اور اگر پانی ہو تو پانی بھی خارج ہو جاتا ہے۔ پھر اپنے بدن کو آہستہ آہستہ اس طرح اٹھا لو کہ دباؤ دور ہو جائے، لیکن ہاتھ اپنی جگہ پر ہی رہیں۔ اس آگے پیچھے کی حرکت کا فی سیکنڈ تین چار مرتبہ اعادہ کرو۔

اس طریقہ کے متعلق حسب ذیل فوائد کا ادعا کیا جاتا ہے۔ عملیہ انتہائی طور پر سادہ ہے۔ یہ آسانی سے انجام دیا جا سکتا ہے۔ پانی اور مخاط ہوائی گذرگاہوں سے بآسانی خارج ہو جاتے ہیں۔ زبان کا پیچھے بلعوم میں گر کر ہوائی گذرگاہوں کو مسدود کر دینا ناممکن ہے۔ اور ریلوی تہویہ موثر طور پر ہوتا ہے۔

ملاحظہ ہو وہ بحث جو کہ رائل میڈیکل اور سرجیکل سوسائٹی (Royal Medical and Surgical Society) کے ۸ دسمبر ۱۹۰۳ء کے اجلاس میں ہوئی جس میں ڈاکٹر بولز (Dr. Bowles) نے یہ بیان کیا کہ وہ بعینہٖ یہی طریقہ جو کہ اوپر بیان ہو چکا ہے گذشتہ ۴۵ سال سے استعمال کرتا رہا ہے۔

گاہے ایسا ہوتا ہے کہ خود رو تنفس جاری ہو چکنے کے باوجود، مریض تھوڑی دیر کے بعد جان بحق ہو جاتا ہے، یا کئی گھنٹہ تک بحالت نزع پڑا رہتا ہے، اور آخر کار ہوش آئے بغیر مر جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں اس سے ایک کامل تر نوعیت کی عارضی شفا ہو جاتی ہے جو ۲۴ گھنٹہ یا زیادہ تک رہتی ہے، پھر اس کے بعد بظاہر خستگی کی وجہ سے موت ہو جاتی ہے۔ تنفس جاری ہونے کے بعد کیا علاج کرنا چاہئے، یہ ان علامات پر موقوف ہو گا جو کہ ظاہر ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں قلب کو سبکبار کرنے کے لئے فصد کی ضرورت ہوتی ہے۔ بعض میں مہیجات اور خارجی حرارت رسانی زیادہ موثر ثابت ہوتی ہے۔

باب ۲۰

موت برق سے اور تپش کے نہائی درجوں سے

موت صائقہ سے

صائقہ جن مختلف اسالیب سے موت کا موجب ہوتی ہے، اُن کو جماعت بند کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ لیکن سوائے اسکے کچھ حاصل نہیں ہوا کہ ان اسالیب کو دو قسموں میں تقسیم کر لیا گیا ہے، یعنی وہ اسالیب کہ جن سے کم و بیش میکانی تضررات اور حرقات (burns) پیدا ہو جاتے ہیں، اور وہ اسالیب جن میں موت بغیر کسی تضرر کے شائبہ کے

واقع ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف سیالات اور بافتوں کی اضافی موصلیت کے متعلق خیال آرائی کرنے میں بھی چنداں نفع نہیں ہے جب کوئی ایسی رَو زیر بحث ہو جو کہ وولٹائی مورچہ (voltaic battery) یا قوت زا (dynamo) سے حاصل کی گئی ہو، تو اس پر اوہم (Ohm) کا قانون عائد ہوتا ہے، لیکن صاعقہ پر یہ قانون عائد نہیں ہوتا۔ بادل بادل کے درمیان اور بادل اور زمین کے درمیان جو بے انتہا قوتی فرق ہے، وہ موصلیت کے اس قانون پر جو کہ تجربتہً پیدا کردہ وولٹائی (voltaic) بجلی پر عائد ہوتا ہے، غالب آجاتا ہے۔ بخلاف ایک وولٹائی رَو کے صاعقہ ہمیشہ کمترین مزاحمت کا راستہ اختیار نہیں کرتی ، ممکن ہے کہ وہ ایک نسبتہً عمدہ موصل کو چھوڑ کر ہوا کا ایک ایسا طبقہ پھاندے، جو اس سے کئی ہزار گنا زیادہ مزاحمت پیش کرتا ہو۔ اگر صاعقہ کے بے انتہا قوہ کو پیش نظر رکھا جائے کہ جس کے متعلق ایک میل لمبی صاعقہ کی کوندمیں ۴۰۰۰۰۰۶ وولٹ (volt) کا اندازہ لگایا گیا ہے تو اس کا ایسا کرنا بالکل تعجب انگیز معلوم نہیں ہوتا۔ کسی موصل میں سے برقی رو گزرتے وقت جو سالماتی تغیرات ہوتے ہیں ان کی نوعیت خواہ کچھ ہی ہو، بداہتہً ان میں کچھ وقت صرف ہوتا ہے۔ صاعقہ کی چمک کی مدت کا اندازہ سیکنڈ کا بیس ہزارواں حصہ لگایا گیا ہے۔ اس سے یہ بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے کہ وہ شے جو کہ تخرج کے لئے راستہ کا کام دیتی ہے اس کے سالمات بہت مفرط بار کے تحت ہوتے ہیں اور اس لمحہ کے لئے ان کی مزاحمت بہت ہی بڑھ جاتی ہے، یعنی سالمات پر یکایک حملہ ہوجاتا ہے ، لہٰذا اغلب ہے کہ قبل اسکے کہ وہ اپنے آپ کو اس بار سے متوافق کریں، ان کی مزاحمت بہ نسبت ایک جانبی راستے کے ، بہت بڑھ جائے، اور بجلی اس دوسرے راستہ سے پھاند جائے۔ اس سے اس امر کی توجیہہ ہوتی ہے کہ صاعقہ جسم انسانی اور کمروں کے دیگر سازو سامان کے متعلق اکثر اوقات کیوں بے راہ روی اختیار کرتی ہے۔

جب زمین اور اس کے اوپر کسی بادل میں قوہ کا بہت بڑا اختلاف ہوتا ہے، تو کرۂ ہوائی کا وہ طبقہ جو کہ درمیان ہوتا ہے، برق گذار کے طور پر کام کرتا ہے، اور یہ سب ملکر ایک امامی دائرہ بن جاتے ہیں۔ تناؤ بڑھتا جاتا ہے، یہاں تک کہ یہ برق گذار (یعنی ہوا) کی مزاحمت پر غالب آجاتا ہے، جس سے تخرج ہوجاتا ہے۔ اگر کوئی چیز

زمین کی سطح سے اوپر ابھری ہوئی ہو، تو وہ چیز اس مقام پر، اس حد تک جس تک کہ وہ ابھری ہوئی ہو، برق گزار کی مزاحمت کو گھٹا دیتی ہے، اور وہ تخرج کو جلد تر وقوع میں لاتی، اور اسکی سمت کو معین کرتی ہے۔ اگر ارضی سطح ہموار ہوتی تو تخرج قوی تر تناؤ کے مجتمع ہونے تک ملتوی ہو گیا ہوتا۔ اگر ارضی سطح کا کوئی بہت بڑا رقبہ غیر ذی حیات فرازات سے خالی ہو، مثلاً جیسا کہ کسی اشجار اور عمارات سے خالی میدان کی صورت میں پایا جاتا ہے، تو ممکن ہے کہ کھڑے ہوئے آدمی کا جسم تخرج کے خط کی تعیین کر دے۔

اگرچہ بجلی کی چمک آنکھ کو محض ایک خط کی صورت دکھائی دیتی ہے، اور یہ دراصل محض ایک شرارہ ہوتا ہے جو کہ ایک نقطہ سے دوسرے نقطہ تک انتہائی رفتار سے گذرتا ہے، تاہم اس کا اثر اس کے ظاہری راستہ تک محدود نہیں ہوتا۔ یہ جو کچھ کہ نظر آتا ہے، وہ گویا صرف تخرج کا مغز ہوتا ہے، یعنی وہ جگہ کہ جہاں اس کا اثر زیادہ سے زیادہ ہوتا ہے۔ اس خط کے چاروں طرف ایک عریض راستہ ہوتا ہے جس کی حدود کے اندر نقصان واقع ہو سکتا ہے۔ چنانچہ طوفان رعد میں درخت کا قرب خطرناک ہوتا ہے، اس لئے کہ یہ درخت تخرج کے وقوع کا محرک ہوتا ہے، اور تخرج کے مرکزی حصہ کو وصول کرتا ہے، اور گرد و پیش کی قریبی اشیا تخرج کے محیطی خط کے حصوں کو وصول کرتی ہیں۔

بجلی کی چمک کی حراری طاقت اگرچہ نہایت شدید ہوتی ہے، لیکن بلحاظ مدت کے بہت ہی محدود ہوتی ہے۔ چنانچہ بجلی سے پیدا شدہ حرقات بسا اوقات وسیع ہوتے ہیں، لیکن عمیق نہیں ہوتے گو کہ نہایت عمیق حرقات جسم کے ایسے حصوں پر بھی واقع ہو سکتے ہیں جو کہ لباس سے متماس ہوں، لیکن بالعموم یہ ان حصص تک محدود رہتے ہیں جو کہ دھاتی اشیاء مثلاً نقلوس یا کنگن کے نیچے ہوتے ہیں۔ نسبتہً ناقص موصلات سے گھرے ہوئے دھاتی اجسام کا یکایک بلند تپش حاصل کر لینا غالباً اس امر کا نتیجہ ہے کہ دھاتی اجسام مکثفات کا کام کرتے ہیں، اور ان کی سالمی ترکیب اس نوعیت کی ہوتی ہے کہ وہ اس برق کو جس کو وہ وصول کرتے ہیں حرارت میں بدل دیتے ہیں، جو کہ اکثر نہایت ہی محدود المقام ہوتی ہے۔ کی[1] (Key) نے

196

---

[1] The Lancet, 1895

اس کی ایک عمدہ مثال دی ہے۔ ایک آدمی کی واسکٹ کی جیب میں جو کہ صاعقہ سے ہلاک ہوا تھا، ایک گھڑی اور ایک دیا سلائی کی ڈبیا پائی گئی جو کہ دونوں چاندی کی تھیں۔ اگرچہ اماعت کے باعث گھڑی کے بیرونی کیس (case) کے وار پار ایک ½ انچ قطر کا سوراخ بن گیا تھا، لیکن ڈبیا میں دو مومی سلائیاں ایسی تھیں جن کو آگ نہیں لگی تھی۔ جسم کے عریاں حصص پر بھی حرقات پیدا ہو سکتے ہیں، مثلاً چہرے پر۔ بارش سے شرابور کپڑے ایک حد تک موصل لفافہ کا کام کرتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان سے تخرج کا ایک جزو دوسری طرف پھر جائے، اور اس نقصان کی مقدار میں جو کہ جسم کو تخرج کے نہ پھرنے کی صورت میں اٹھانا پڑتا ہے تخفیف ہو جائے۔

لباس بھیگا ہوا ہو یا خشک ہو، بسا اوقات پھٹ جاتا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں اس کی دھجیاں ہو جاتی ہیں، اور یہ جسم پر سے اتر جاتا ہے۔ پاؤں سے ایک یا دونوں بوٹ بزور اتر جاتے ہیں، یا ان کے تلے (sole) بالائی چمڑے سے ادھڑ جاتے ہیں۔ بعض اوقات بوٹ کے کسی حصہ میں ایک انثقاب بن جاتا ہے۔ یہ میکانی تاثر اس سالمی اختلال کا نتیجہ ہے جو کہ برقی تخرج کے وقت ہمیشہ واقع ہوتا ہے۔ اگر تخرج کسی عمدہ بذات موصل مثلاً کسی دھات کے ٹکڑے میں سے گزرے جو زمین سے مربوط ہو اور کافی ترشی ابعاد رکھتا ہو، تو کوئی ظاہری تغیر واقع نہیں ہوتا۔ لیکن اگر یہی موصل زمین سے مربوط نہ ہو اور ایک قوی تخرج وصول کرے، تو یا تو اس کو خود نقصان پہنچیگا، یا ان اشیا کو پہنچیگا جو کہ اسکے زیریں سرے اور زمین کے درمیان واقع ہیں۔ اگر ان کے درمیان کوئی ٹھوس برق گذار حائل ہو، تو جس وقت قوہ اس برق گذار کی امالی استعداد سے متجاوز ہو جاتا ہے، برق گذار چھد جاتا یا چور چور ہو جاتا ہے۔ مثلاً کانچ کی چادر کے ایک محدود رقبہ پر لیڈن (Leydon) کے مورچہ سے ایک قوی تخرج مرتکز کر کے کانچ کو مثقوب کیا جا سکتا ہے۔ اگر کوئی موصل مختلف مزاحمتوں سے مرکب ہو کہ جن کی مجموعی مقدار نسبتہً بڑی ہو، تو وہ ایسے تخرج کے گذر سے کہ جس کا قوہ صاعقہ کا سا ہو پھوٹ جائیگا یا متضرر ہو جائیگا۔ اسکی وجہ غیر مساویانہ بار ہے جو کہ ایک حد تک اس بار سے مشابہ ہے، جو کہ تخرج کے راستہ میں چند برق گذار پہلو بہ پہلو رکھنے سے معرض وجود میں آتا ہے، جب کہ تخـــرج ہر برق گذار میں تمزق واقع کرتا اور ان کو سلسلہ وار

میکانی طور پر توڑتا چلا جاتا ہے، اور جن جن ساختوں اور بافتوں کو عبور کرتا ہے، ان کو ایک دوسرے سے الگ کرتا چلا جاتا ہے۔ ہوسکتا ہے کہ یہ تخرج کچھ نقصان پہنچانے کے بعد کچھ فاصلہ پھاند جائے، اس صورت میں درمیانی فضا میں میکانی تضرر موجود نہ ہوگا۔

تخرج کے راستہ میں جو شدید حرارت رونما ہوتی ہے ممکن ہے کہ وہ پانی کو یا کسی پانی سے مرکب سیال کو یکایک بھاپ میں تبدیل کر کے میکانی تشدد کا موجب ہو۔ اس صورت میں سب سے بڑا عامل یہ ہے کہ سیال انتہائی تیزی کے ساتھ گیس (gas) کی شکل اختیار کرتا ہے۔

197 ان لوگوں کے جسم کی سطح پر جو برق زدہ ہوتے ہیں، بسا اوقات شجر نما نشانات کا ایک عجیب و غریب منظر دکھائی دیتا ہے۔ یہ نشانات عروق شعری یا دیگر تشریحی ساختوں سے پیدا نہیں ہوتے، بلکہ تخرج کے اجزا کے تفرع کا نتیجہ ہوتے ہیں جس سے ایک مخصوص قسم کا احمرار (erythema) پیدا ہو جاتا ہے، جو بتاتا ہے کہ تخرج نے کونسے راستے اختیار کئے ہیں۔ یہ نشانات شکل اور تسبیب دونوں اعتبار سے تجربی برقیات کی مشہور لائٹن برگ (Lichtenberg) کی اشکال سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ان کے اور اوپری حرقات سے پیدا شدہ نشانات کے درمیان الجھاؤ ایک عجیب و غریب خاکہ پیش کرتے ہیں، امتیاز کرنے کی ضرورت ہے۔ موخر الذکر بعض اوقات جسم میں پہنی ہوئی دھاتی اشیا سے مشابہت رکھتے ہیں جو تخرج سے گرم ہو کر اپنے متناظر حرقات پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ شجر نما نشانات جو برق سے پیدا ہوتے ہیں، تصویر 18 سے جو کہ لینسٹ (Lancet) (۱۸۸۳ء) سے ماخوذ ہے، انکا ایک عمدہ ذہنی تصور قائم کیا جا سکتا ہے۔

بجلی سے واقع شدہ ان اموات میں بعض اوقات جسم کی سطح پر یا لباس پر تضرر کی کوئی امارت نہیں پائی جاتی شائد ان نتائج کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ صاب بڑے حصے کے راستہ سے ذرا باہر ہوتا ہے لیکن پھر بھی اس کے اتنا قریب ہوتا ہے کہ اسے صدمہ پہنچتا ہے، اور یہ صدمہ اتنا شدید ہوتا ہے کہ نظام عصبی کے مرکزی اعضا ہمیشہ کے لئے مشلول ہو جاتے ہیں۔ ایسی ہی بعض اصابتوں میں اندرونی امتحان سے موت کا سبب ظاہر نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اصابتوں (cases) میں دماغی نزف کی

یا دماغی ساخت کے سوء تعضیہ (disorganisation) کی علامات موجود ہوتی ہیں

ہنسی[1] (Hennessy) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے کہ جو صاعقہ سے ہلاک ہوگیا۔ اس کے جسم یا لباس پر احتراق یا تضرر کا بالکل نشان موجود نہ تھا۔ لیکن جمجمہ دور کرنے پر ام جافیہ کے نیچے سے آدھ پائنٹ (pint) خون نکلا، گوکہ دماغ بجائے خود باصحت معلوم ہوتا تھا۔ اس واقعہ کے برعکس ایک اور واقعہ ہے جس کو ولکس[2] (Wilks) نے بیان کیا ہے۔ ایک آدمی کھلی ہوا میں پیشاب کر رہا تھا کہ اتنے میں بجلی گری جس سے وہ زمین پر گر پڑا لیکن بے ہوش نہ ہوا۔ اگرچہ وہ بجلی گرنے سے قبل پوری طور پر ملبوس تھا لیکن جب اسے چند منٹ بعد دیکھا گیا، تو وہ نیم عریاں پایا گیا، چنانچہ فلالین کی بنیان کی بائیں آستین کے ایک حصہ کے سوا اس کے بدن پر مطلق کچھ نہ تھا۔ گرد و پیش کے میدان میں کپڑے کی دھجیاں بکھری پڑی تھیں۔ کپڑے جو کہ پانی سے شرابور تھے اوپر سے نیچے تک پھٹے ہوئے تھے، اور ان کے کنارے پھٹکر جھالر کے سے چیتھڑے بن گئے تھے۔ جہاں جہاں دھاتی اشیا ان سے تماس رہ چکی تھیں، وہاں وہاں ان پر احتراق کے نشانات موجود تھے۔ چہرے کے بال جھلس گئے تھے، اور تمام جسم حرقات سے ڈھکا ہوا تھا۔ حرقات سینہ پر تو اوپری تھے لیکن شکم اور دائیں ران پر عمیق تر تھے۔ دائیں قصبیہ (tibia) مکسور تھی، اور ہڈیوں کے سرے جلد سے باہر نکلے ہوئے تھے، اور دائیں ایڑی میں ایک دریدہ زخم تھا، اور عظم العقب (os calcis) میں ایک مفتت (comminuted) کسر تھا۔ اس آدمی کی گھڑی میں تذویب سے ایک سوراخ بن گیا تھا، اور گھڑی کی زنجیر تقریباً ساری تباہ ہوگئی تھی، صرف چند ایک پگھلی ہوئی کڑیاں باقی رہ گئی تھیں۔ مریض نے ایک نہایت ہی دلچسپ بیان اس مطلب کا دیا کہ پیشاب کرتے وقت اس کو اپنی دائیں ایڑی کو زمین سے اٹھانے کی عادت ہے۔ اگر یہ ایڑی گیلی زمین پر لگی ہوتی تو وہ غالباً بچ گیا ہوتا۔ مریض کو پورے طور پر صحت ہوگئی۔ وائی کیلو[3] (Wichello) نے

---

[1] British Med. Journ., 1889

[2] Trans. of The Clinical Soc. Lond., 1890

[3] The Lancet 1899

ایک واقعہ درج کیا ہے کہ دو آدمی کتا گاڑی میں سفر کر رہے تھے کہ بیک وقت بجلی سے ہلاک ہو گئے۔ ایک کی لاش تو غیر متضرر رہی، لیکن دوسرے کی لاش میں سینہ اور شکم پر ۱/۱۲ تا ۱/۴ انچ قطر کے کئی ایک اوپری متدیر حرقات نظر آتے تھے۔ کالر سٹڈ (collar stud) پگھل گیا تھا اور اس کے نیچے کی جلد عمیق طور پر جل گئی تھی۔ بنیان اور قمیص جل کر سیاہ ہو گئے تھے، لیکن واسکٹ اور کوٹ غیر متضرر رہے۔ گردن سے لیکر سرینوں تک کم شدید حرقات موجود تھے۔ اور ڈرائرز (drawers) اور پتلون (trousers) 198 میں جلکر ایک سوراخ بن گیا تھا جو دائیں سرین کے حرقہ کے متناظر تھا۔ گدیلا (cushion) کہ جس پر یہ آدمی بیٹھا ہوا تھا اوپری طور پر جلا ہوا تھا۔

صائقہ سے واقع شدہ موت کے بعد الموت مناظر۔ بیرونی۔

جیفی کرختگی بسا اوقات معمولی مدت کے بعد رونما ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات موت سے فوراً بعد بھی ظہور پذیر ہو جاتی ہے، اور اس صورت میں سریع الزوال ثابت ہوتی ہے۔ پتلیاں متسع، منقبض، یا غیر مساوی ہوتی ہیں۔ شجر نما نشانات، حرقات، بالوں کا جھلس جانا، کدمات، وریدگیاں اور تضرر کی دیگر علامات موجود ہوتی ہیں، یا مفقود ہوتی ہیں۔ لباس یا تو صحیح و سالم ہوتا ہے، یا پھٹا ہوا اور جسم پر سے اترا ہوا ہوتا ہے۔ شاذ اس میں جلنے کی امارات بھی نظر آئیں۔ متوفی کے جسم پر سکہ جات یا دیگر دھاتی اشیا کی تذ و یب، اسلوب موت کا صاف صاف پتہ دیتی ہے۔ کریٹر[1] (Kratter) نے توجہ دلائی ہے کہ، اس وقت جب کہ دیگر علامات ناپید ہوں، تشخیص کے اس ذریعہ سے کام لیا جائے۔ فولادی اوزار مثلاً جیبی چاقو بسا اوقات مقناطیس بن جاتے ہیں۔

اندرونی امارات امتیازی نہیں ہوتیں۔ بیان کیا گیا ہے کہ خون سیال اور سیاہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات تو ایسا ہی ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے موت کے

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1891.

بعد اس کی حسب معمول ترویب ہو جائے۔ دماغ کے اغشیہ اور عروق بیش دموی پائے جاتے ہیں، اور بعض اصابتوں میں خون وعاید رہوتا ہے۔ ہڈیوں اور جمجمہ کے کسر واقع ہو جاتے ہیں لیکن صرف شاذ طور پر۔ گندیدگی بالعموم جلد شروع ہوتی ہے۔

انگلینڈ اور ویلز میں ہر سال اوسطاً تقریباً سولہ اشخاص بجلی سے ہلاک ہوتے ہیں۔ مردوں کی اموات بوجہ بیرونی مصروفیات کے عورتوں کی اموات کی بہ نسبت تعداد میں بدرجہا زیادہ ہوتی ہیں۔

اگر کوئی ایسا فرد جس پر بجلی گری ہو جانبر ہو جائے، تو اس میں بالعموم بعض فوق العادت عصبی علامات رونما ہوتی ہیں جو حسی یا حرکی اختلالات کی صورت اختیار کرتی ہیں۔ ان اختلالات کے ہمراہ حواس مخصوصہ کا اختلال کبھی پایا جاتا ہے، کبھی نہیں پایا جاتا۔ پیج (Paige)، بلر (Buller) اور ملز (Mills) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے کہ ایک عورت پر بجلی گری اور وہ بیہوش ہو گئی۔ بجلی نے بظاہر پیشانی کے بائیں طرف بھوؤں سے اوپر مس کیا تھا۔ چند منٹ بعد جب اس عورت کو دیکھا گیا، تو وہ بے حرکت، بے ہوش اور عضلی استرخا کی حالت میں تھی۔ اس کی دائیں آنکھ کھلی ہوئی تھی اور چہرہ ارغوانی تھا، اور نبض محسوس نہیں ہوتی تھی۔ نہ تو قلب کی آوازیں سنی جا سکتی تھیں اور نہ تنفس کی سنی جا سکتی تھیں۔ اس کو ہوش آنے پر یہ دیکھا گیا کہ بلعومی عضلات اور جسم کے بالائی حصہ کے عضلات کہ جن میں بازوؤں کے عضلات بھی شامل تھے، سب مشلول ہیں۔ دائیں آنکھ حرکت نہیں کر سکتی تھی۔ مریضہ کو اگرچہ سنائی دیتا تھا، لیکن وہ بول نہیں سکتی تھی۔ دو ہفتہ گزرنے کے بعد بلعومی شلل اس حد تک زائل ہو گیا کہ ٹھوس غذا نگلی جا سکتی تھی۔ پانچ چھ ہفتہ تک بائیں آنکھ اوپر اور اندر کی جانب پھری ہوئی رہی، جس سے شفع رہا۔ چشم بینی (ophthalmoscopic) امتحان کرنے پر بصری عصب (optic nerve) کا شحوب پایا گیا، لیکن گذشتہ یا موجودہ عصبی التہاب کی بالکل کوئی علامت نہ تھی۔ میدان نظر تمام رنگوں کیلئے یکساں طور پر سکڑا ہوا تھا۔ تمام علامات بالآخر زائل ہو گئیں، لیکن بائیں آنکھ کمزور رہ گئی۔

بعض اوقات حبل شوکی (spinal cord) کچھ زمانہ تک بے فعلیت ہو جاتی ہے،

۱؎ Montreal Med. News, 1888.

جس سے پا فالج (paraplegia) ہو جاتا ہے، اور مشلول حصص میں عدم حسیت ہو جاتی ہے، اور اس شلل میں مثانہ بھی اشتراک کرتا ہے۔ بعض اصابتوں میں نفسی قواء مختل ہو جاتے ہیں، مریض کند ذہن یا مالیخولیائی ہو جاتا ہے۔ ایک عام کیفیت یہ ہے کہ وہ بزدلی ظاہر کرتا ہے، خاص کر اثنائے طوفان رعد میں۔ یہ حالت غالباً محض نفسی صدمہ کا نتیجہ ہے، جیسا کہ دیگر خطرناک حادثات سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔

اگر کوئی لاش ایسے حالات میں پائی جائے کہ بجلی سے واقع شدہ موت قرین قیاس نظر آتی ہو، تو اس کا امتحان کرتے وقت یہ امر ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہئے کہ یہ موت دوسرے اسباب سے بھی واقع ہو سکتی ہے۔ شانبرگ[1] (Schauenburg) بیان کرتا ہے کہ ایک عورت کی لاش جنگل میں پائی گئی۔ پہلے تو یہ خیال کیا گیا کہ اس پر بجلی گری ہے، لیکن امتحان سے یہ ثابت ہوا کہ وہ عورت گر گئی تھی جس کی وجہ سے ٹوپی کے دھاگے گردن کے گرد مضبوطی سے کسے گئے تھے اور اتفاقی تخنیق سے موت واقع ہوگئی تھی۔ ہافمین[2] (Hofmann) نے ایک لڑکی کا واقعہ (case) بیان کیا ہے کہ وہ ایک تند طوفان کے دوران میں ایک کمرہ میں موجود تھی۔ طوفان سے کھڑکی کا کیسمنٹ (casement) اڑ گیا۔ اس صدمہ سے ایک کانچ کا تختہ ٹوٹ گیا۔ تختہ کا ایک ٹکڑا جو کہ چاقو کے پھل کی مانند تھا، لڑکی کے سینہ میں کھب گیا اور وہ اندرونی نزف کے باعث ہلاک ہوگئی۔ اگرچہ کسی نے بھی بجلی کی کڑک نہیں سنی، تاہم اس فوری موت کو بجلی کی جانب منسوب کیا گیا، اور لاش کو دفن کر دیا گیا۔ تین ہفتہ گزرنے کے بعد موت کا اصل سبب دریافت ہوا۔

190

موت برقی رو سے

وقتاً فوقتاً موت برقی رو سے اس طرح واقع ہوتی ہے کہ جسم بلند تناؤ کی

---

[1] Casper's verteljahrsschr., 1855.

[2] Lehrbuch der.ger. Med.

بلا واسطہ یا متبادل رَوئیں لے جانے والے برق بردار تاروں سے اتفاقیہ مس کرتا ہے۔ یہ ایک عام اعتقاد ہے کہ بہ نسبت بلا واسطہ رَوؤں کے متبادل رَوئیں زندگی کے لئے زیادہ پرخطر ہوتی ہیں، غالباً اس وجہ سے کہ اول الذکر کی بہ نسبت موخرالذکر سے زیادہ مہلک حادثات وقوع پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہ امر رو کی نوعیت سے زیادہ اس کے تناؤ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اگر مساوی تناؤ موجود ہو تو بلا واسطہ رَو کم از کم اتنی ہی مہلک ہوگی جتنی کہ متبادل رَو۔ بازار کے صدر برقی تاروں (mains) میں دباؤ کچھ ہی کیوں نہ ہو مجلس تجارت نے رہائشی مکانات میں ۲۵۰ وولٹ سے زیادہ کی رَوئیں لے جانا ممنوع قرار دیا ہے، اِلاّ اس کی خاص منظوری سے، اور صرف مخصوص اغراض کی خاطر۔ لہٰذا جب صدر رو کا تناؤ بلند یعنی ۱۰۰۰ سے ۳۰۰۰ وولٹ تک ہوتا ہے تو صدر برقی تار اور مکان کی رسد کے درمیان مستحلات (transformers) حائل کر دیے جاتے ہیں جن کے ذریعہ دباؤ میں مطلوبہ تخفیف ہو جاتی ہے۔ ۲۲۵ وولٹ کا دباؤ مہلک ثابت ہوا ہے۔ اگر دباؤ اس سے بہت ہی کم ہو، تو زندگی کے لئے بہت کم خطرہ ہے یا بالکل کوئی خطرہ نہیں۔ لیکن دباؤ کے علاوہ تماس کی مدت اور اسلوب بھی ملحوظ رکھنا چاہیئے۔ عمدہ تماس کا اور کم مزاحمت کا اثر جو کہ عمدہ تماس کا نتیجہ ہوتی ہے اس واقعہ سے ثابت ہوتا ہے کہ ایک آدمی جبکہ وہ پوٹاش اور شکر کے آمیزے پر ننگے پاؤں کھڑا تھا، ۹۵ وولٹ کی رَو سے ہلاک ہو گیا۔ ایک اور اصابت میں ۶۵ وولٹ کے تناؤ سے ہلاکت ہو گئی۔ ایک آدمی نے جو کہ سیڑھی پر سے گرنے سے بچنا چاہتا تھا، دونوں ہاتھوں سے ایک برقی روشنی کے دور (circuit) کے غیر محجوز تاروں کو پکڑ لیا، جس کا قوہ ۲۴۰ وولٹ تھا[1] اور فوراً مر گیا۔ بخلاف اس کے ۲۵۰۰ وولٹ کے گذر کے بعد، اور ایک اور اصابت میں ۵۵۰۰ وولٹ کے گذر کے بعد بھی صحت ہو گئی ہے۔ مہلک تخرجات اس صورت میں بھی وصول ہو سکتے ہیں کہ جسم حقیقتاً صدر رو کے راستہ میں حائل نہ ہو، مثلاً اس وقت جبکہ رو ایک برق بردار تار سے نکل کر جسم کے راستہ سے زمین میں چلی جائے۔

---

[1] Nature, 1900.

اس امر کے متعلق کہ برقی رو کس طرح سے موت کا موجب ہوتی ہے، دو نظریے قائم کئے جاتے ہیں۔ ایک یہ ہے کہ برقی رو قلب کو مشلول کر دیتی ہے، دوسرا یہ کہ اس سے تنفس رک جاتا ہے۔ حیوانات پر جو تجربات کئے گئے ہیں ان سے اب تک متضاد نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ بلیل (Bleile) نے امریکن انسٹیٹیوٹ آف الکٹریکل انجینیرز (American Institute of Electical Engineers) کے روبرو ۱۸۹۵ء میں ایک پرچہ پڑھا جس میں اس نے بیان کیا کہ موت کا سبب تنفس کا بند ہونا نہیں بلکہ حرکات قلب کا موقوف ہوجانا ہے۔ اس رائے سے ٹیٹم[1] (Tatum) بھی متفق ہے۔ آلیور (Oliver) اور بولام[2] (Bolam) جنہوں نے کتوں اور خرگوشوں پر تبادل رو کیساتھ تجربہ کیا، بیان کیا ہے کہ اگر قوہ اتنا بلند ہو کہ ہلاک کرنے کے لئے کافی ہو اور بہت زیادہ بلند نہ ہو، تو موت قلبی شلل کا نتیجہ ہوتی ہے، جب قلب حرکت بند کر دیتا ہے تو تنفس اس کے تھوڑی دیر بعد تک نئے کے ساتھ جاری رہتا ہے۔ اور اگر قوہ اس درجہ سے جو کہ بالعموم ایک حیوان کی ہلاکت کے لئے درکار ہوتا ہے، معتدبہ طور پر بلند ہو تو قلب اور تنفس کی حرکات بیک وقت بند ہو جاتی ہیں۔ لیکن ایسا ہرگز نہیں ہوتا کہ حرکات قلب کے بند ہونے سے پہلے تنفس بند ہو۔ بخلاف اس کے ڈی ارسان وال[3] (D'Arsonval) باور کرتا ہے کہ موت بالعموم تنفس بند ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ کریٹر[4] (Kratter) نے اس نظریہ کی تائید کی ہے اور اپنے تجربات کی بنا پر وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ بجلی سے واقع شدہ موت بجز اس کے کچھ نہیں کہ پہلے مراکز تنفس کی تہییج اور پھر ان کا شلل ہوتا ہے اور اس سے ایک خاص قسم کا اعتصاص واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں مشاہد تسلیم کرتے ہیں کہ موت استثنائی طور پر شلل قلب کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہے۔ جیلینک[5] (Jellineck) نے حیوانات پر جو تجربات کئے ہیں اور انسان کے متعلق جو تجربہ اس کو حاصل ہے اس کی بنا پر اس نے بیان کیا ہے کہ بجلی سے واقع شدہ موت کا کوئی مخصوص اسلوب نہیں ہے۔ 200

---

[1] New York Med. Journal, 1890

[2] Brit. Med. Journ. 1898

[3] Arch. d' Anthropol. Crim,,1895

[4] Mittheilungen d. Aerzte in Steiermark, 1895

[5] Wiener klin. Wochenschr., 1906

صدمہ کی نوعیت کے نفسی اثرات، اور بافتوں پر بعض حرکی اثرات پائے جاتے ہیں۔ بافتوں پر یہ حرکی اثرات صرف امتناعی ہوتے ہیں اور ان سے نسیجیاتی تغیرات بالکل واقع نہیں ہوتے۔ لیکن ممکن ہے کہ بافتوں میں بدیہی تغیرات پیدا ہو جائیں جیکس بلیک (Jex-Blake) نے تمام موضوع کا از سر نو تبصرہ کیا ہے۔[1]

انسان میں برقی تخرج کی علامات حسب ذیل ہیں مقامی تضررات، تشنجی تنفس، بے ہوشی، چہرے کا شحوب، آنکھوں میں امتلا اور ابتلال، سطح ٹھنڈی اور نمدار، پتلیاں پھیلی ہوئیں؛ اس سے شدید تر اصابتوں میں فوری بے ہوشی اور شاید دو ایک سسکیاں، اور پھر موت۔ بعد الموت مناظر حسب ذیل ہیں ان حصص پر جو کہ برق بردار تار کے ساتھ مس کرتے ہیں، حرقات یا نشانات، اندرونی اعضا کی بیش دمویت، پھیپھڑوں کا تہیج، سیال خون، کدمات خصوصاً رَو کے راستہ کے ساتھ ساتھ بقول کریٹر (Kratter) بعد الموت مناظر اختناق کے مناظر ہوتے ہیں، بایں ہمہ قلب خالی پایا گیا ہے۔

نہایت بلند دباؤ کی متبادل رؤوں سے عجیب و غریب مقامی تضررات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایک مثال یہ ہے کہ ایک دست کار نے ایک زندہ (live) تار کو ایک لمحہ کے لئے اس طرح چھوا کہ رَو صرف ایک ہاتھ اور بازو میں وصول ہوئی۔ اس سے اس کے انگوٹھے کا سرا اسطرح پھٹ گیا، جیسے کسی بھک سے اڑ جاتے والے مادہ سے پھٹ جاتا ہے شیلڈ (Shield) اور ڈیلیپائن (Delepine) نے ایک آدمی کی انگلی پر جو کہ ایک ڈائینامو (dynamo) کو چھونے کی وجہ سے اتفاقاً ہلاک ہو گیا تھا، ایک آبلہ کے خطہ میں جلد کا معائنہ کر کے خردبینی مناظر کو مفصل طور پر بیان کیا ہے۔ یہ مناظر معمولی احتراقات کے مناظر سے مختلف تھے۔

علاج۔ سب سے پہلے سوئچ (switch) کے ذریعہ رَو کو بند کر دینا چاہئے۔ اور اگر یہ ناممکن ہو اور وہ شخص برق بردار تاروں سے ابھی تک نہ چھوٹا ہو تو اسے ان تاروں

[1] Brit. Med. Journ. 1913

سے چھڑانا چاہیئے۔ چھڑانے والے کو برہنہ ہاتھ ہرگز استعمال نہیں کرنے چاہیئں، بلکہ ہاتھوں کو (اگر ربڑ کے دستانے موجود نہ ہوں) کسی غیر موصل شئے مثلاً خشک کپڑے کی متعدد تہوں سے محفوظ کر لینا چاہیئے۔ اگر مصاب کا کوٹ سوکھا ہو تو اسے کوٹ کے ذریعہ کھینچ کر الگ کیا جا سکتا ہے۔ ایک آسان تدبیر یہ ہے کہ چھڑانے والا اپنا کوٹ اتار لیتا ہے اور اپنے ہاتھ کوٹ کی آستینوں میں ڈال لیتا ہے، اس سے مصاب کے جسم کو بلاخوف وخطر چھیڑا جا سکتا ہے۔ مصنوعی تنفس فوراً عمل میں لانا چاہیئے، اور اگر ضرورت ہو تو کم از کم دو گھنٹہ تک جاری رکھنا چاہیئے۔ کہا جاتا ہے کہ اگر اولی امداد جلد حاصل ہو جائے، تو مریضوں کی ایک بڑی کثرت صحت یاب ہو جاتی ہے۔ کریٹر (Kratter) نے فصد کا مشورہ دیا ہے۔

ضربۃ الحرارت سے موت

موت کا یہ سبب ضربۃ الشمس (sunstroke) بھی کہلاتا ہے، لیکن چونکہ موت اکثر اوقات آفتاب کی بلا واسطہ شعاعوں کے بغیر واقع ہوتی ہے، لہذا موخر الذکر اصطلاح حد سے زیادہ محدود المعانی ہے۔ ضربۃ الحرارت کا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ گرد وپیش کی ہوا کی مسلسل بلند تپش، بالخصوص اس وقت جب کہ مفرط رطوبیت بھی پائی جائے اور ایسے حالات میں کہ جو آفت زدہ فرد کی مدافعت کے لئے ایک غیر مساعد ماحول پیدا کر دیں، منتظم حرارت مراکز کو مختل کر دیتی ہے۔ ضربۃ الحرارت زیادہ تر ممالک منطقہ حارہ میں واقع ہوتی ہے، خاصکر اس جگہ جہاں بے شمار آدمیوں کا ہجوم ہو (جیسا کہ بارکوں (barraks) میں ہوتا ہے) جب سپاہی مارچ کر رہے ہوں، یا سولین (civilian) کھلی ہوا میں، اس وقت جبکہ آفتاب کی شعاعیں نہایت تیز ہوں، معمول سے زیادہ ورزش کر رہے ہوں، تو ان کو حملہ ہونے کا احتمال ہے۔ یہ ورزش کرتے وقت دفعۃً یا ورزش کے چند گھنٹہ بعد ہوتا ہے۔ جب موسم حد سے زیادہ گرم ہو، تو مریضوں کو بسا اوقات رات میں حملہ ہوتا ہے۔

علامات۔ گاہے ابتدا ناگہاں ہوتی ہے، لیکن اس سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہے کہ درد سر، غنودگی اور غشیان کی پیش رو (prodromal) علامات پائی جاتی ہیں۔ بعض مصنفین نے پیشاب کی حاجت کا ذکر کیا ہے کہ یہ ایک عاجل علامت ہے۔ تپش فی الفور ۱۰۴ درجہ ف یا زیادہ تک بڑھ جاتی ہے، اور شدید اصابتوں میں ۱۱۰ درجہ ف تک پہنچ جاتی ہے۔ جلد خشک اور گرم ہو جاتی ہے اور گاہے اس پر لطخی ثوران پایا جاتا ہے۔ ہذیان بھی ہو سکتا ہے، لیکن تو مازیادہ کثیر الوقوع ہے نبض تیز رفتار ہوتی ہے اور بے قاعدہ منتفخ اور کمزور ہو جاتی ہے۔ اجابتیں بے ارادہ ہوتی جاتی ہیں۔ تنفس پر شور اور تیز رفتار ہوتا ہے۔ مہلک اصابتوں میں تشنجات ہوتے ہیں، تنفس سست رفتار اور شخیری ہو جاتا ہے، اور مریض چند گھنٹے سے لیکر دو ایک دن تک میں اختناق سے مر جاتا ہے۔ سازگار اصابتوں میں تپش جلد گھٹ جاتی ہے، لیکن مریض کو ایک طویل عرصہ تک بلند تپش کا انتہائی اندیشہ رہتا ہے۔ کیسٹلانی (Castellani) اور چامرز (Chalmers) نے بیان کیا ہے کہ شرح اموات ۱۵ اور ۲۵ کے درمیان تغیر پذیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ۵۱ فیصدی تک پہنچ جائے۔

بعد الموت مناظر یہ ہیں۔ جیفی کرختگی جلد شروع ہوتی اور جلد زائل ہو جاتی ہے، اور گندیدگی سرعت سے ترقی کرتی ہے۔ اکثر اندرونی اعضا میں مثلاً دماغ میں دجوکہ متہیج ہو سکتا ہے، پھیپھڑوں میں اور حشوی رقبہ کے عروق میں بیش دمویت پائی جاتی ہے۔ خردبین کے نیچے دقیق عروق خاصکر لب (medulla) کے عروق بہت ممتلی نظر آتے ہیں، اور عصبی خلیات میں تنزویبی تخریب پایا جاتا ہے اور نسل اجسام (Nissl bodies) غائب نظر آتے ہیں اور نواۃ متورم اور کروم پاشیدہ (chromolytic) حالت میں ہوتی ہے، لیکن نوبیت بظاہر صحیح و سالم ہی رہتی ہے

حراری غشیان یا حراری خستگی کی حالت ان اشخاص میں پائی جاتی ہے کہ بلند تپش اور فضا کی مفرط مرطوبیت سے متاثر ہوتے وقت جنکی جسمانی صحت غیر طبعی ہو۔ مزمن الکحالیت اور قلبی عضلہ کی شحمی درزختگی سے مریضوں میں اس کے پائے جانے کا خاص طور پر امکان ہے۔ ان علامات کی پیدائش ناگہانی ہوتی ہے، دوران سر، غشیان، قے اور لڑکھڑاتی ہوئی چال پائی جاتی ہے، نبض چھوٹی

ہوتی ہے، جلد شاحب اور ٹھنڈی ہوتی ہے اور تپش زیر طبعی ہوتی ہے۔ اکثر مریض صحتیاب ہوجاتے ہیں، لیکن بعض مرتبہ قوما (coma) ہوجاتا ہے، اور اس کے بعد موت واقع ہوجاتی ہے۔

انگلینڈ اور ویلز میں ۱۹۱۹ء میں ۶۳ مردوں اور ۳۵ عورتوں کی اموات ضربۃ الحرارت کی جانب منسوب کی گئیں۔

موت برودت سے

انتہائی سردی لگنے سے شروع میں عروق جلد کا انقباض واقع ہوتا ہے، جو کہ خون کو اندرونی اعضا میں دھکیل دیتا ہے۔ بعد میں اگر سردی کا اثر جاری رہے، تو سطحی عروق مشلول ہوجاتے ہیں جس سے مقامی احمرار (erythema) کی چکتیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں۔ ذہنی اور طبیعی دونوں قسم کی توانائی کا فقدان، اس کے بعد غنودگی اور حرکت کرنے سے گریز۔ ذہنی قوا سست ہوجاتے ہیں اور حواس محوسہ سن ہوجاتے ہیں۔ مصاب کا دل بے اختیار چاہتا ہے کہ لیٹ جائے اور سوجائے۔ اگر وہ اس خواہش سے مغلوب ہوجائے اور کوئی مدد کو نہ پہنچے، تو اس کا سبات (lethargy) گہری نیند سے مبدل ہوجاتا ہے، جو اور گہری ہوکر ذہول بن جاتی ہے، اور بالآخر جہازی (systemic) قوا کی عمومی پستی کی وجہ سے موت واقع ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں عصبی نظام کے خاص اختلالات رونما ہوتے ہیں، جو حقیقی تشنجات یا طبیعی فساد کی شکل اختیار کرتے ہیں۔

یہ قرین قیاس ہے کہ موت دراصل مختلف اعضا، اور خاصکر مراکز عصبی کی آکسیجنی رسد میں تخفیف ہوجانے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اگر تپش نہایت ہی پست ہو، تو ہیموگلوبن (hæmoglobin) کی آکسیجن ترک کرنے کی قابلیت میں خلل پیدا ہوجاتا ہے۔ فلوگر[1] (Pflugar) نے دیکھا کہ اگر صفر درجہ ہو تو ہوا پہنچے

[1] Arch. f. gessammte Phisiologie, Bd. 1.

ذریعہ کرۂ ہوائی کا دباؤ ہٹا کر آکسیجن کو ہیموگلوبن سے الگ نہیں کیا جاسکتا۔
بنج (Bunge) نے اس امر کو ان الفاظ میں ادا کیا ہے کہ ہیموگلوبن سے آکسیجن کی علیحدگی خلاکی وجہ سے نہیں بلکہ حرارت کی وجہ سے عمل میں آتی ہے۔ پست تپشوں پر تر جیعی عوامل مثلاً امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) کے ذریعہ آکسیجن کو ہیموگلوبن سے چھڑانے کے لئے معمولی سے زیادہ طویل وقت کی ضرورت ہے پس اگر یہ مان لیا جائے کہ ہیموگلوبن کی آکسیجن ترک کرنیکی قابلیت میں تخفیف ہو جاتی ہے اور یہ کہ بافتوں میں آکسیجن سے استفادہ کرنے کی جو قوت پائی جاتی ہے (اندرونی تنفس) اس کے لحاظ سے بافتوں کی فعالیت کم ہو جاتی ہے، تو اس سے جہازی قواء کے عمومی اور تدریجی انخفاض کی اور عصبی مراکز کے اختلال کے مظہرات کی جو کہ ہے گا ہے پیدا ہوتے ہیں توجیہہ ہوتی ہے۔

ان اندرونی حالات کے علاوہ بسا اوقات بعض بیرونی تعلقات کے اثرات بھی بروئے کار آتے ہیں۔ سابقہ تھکاوٹ، اور اسکے ساتھ غذا نہ ملنا یا کافی لباس نہ ہونا، یا صرف تھکاوٹ، مصاب کو سردی میں کھلا رہنے کے اثرات لینے کے زیادہ قابل بنا دیتی ہے۔ خستہ و ماندہ قواء کو برانگیختہ کرنے کے لئے الکحل کا استعمال کرنا، نیند کی خواہش کو اور بڑھا دیتا ہے۔ عمر کی انتہائیں اور کمزوری صحت، سردی کی مدافعت کی قابلیت کو کم کر دیتی ہے۔

سردی میں کھلا رہنے سے جو موت واقع ہوتی ہے اس کے **بعد الموت مناظر** باستثناء ایک منظر کے متمیز نہیں ہوتے اس سے جو منظر مراد ہے وہ یہ ہے کہ جسم کی سطح کے ان حصوں پر کہ جو ہوا میں کھلے ہوتے ہیں قرمزی جیسے سرخ رنگین داغ یا دھبے پائے جاتے ہیں۔ یہ رنگت میں ان داغوں سے جو کاربن مانکسائیڈ کے تسمم کی اصابتوں میں پائے جاتے ہیں زبردست مشابہت رکھتے ہیں۔ رالٹ[۲] (Rollet) نے ان داغوں کی تکوین کی توجیہہ کرنے کے لئے یہ

---

[۱] Lehrbuch d. phy. u. path. chemie., 1890

[۲] Sitzung berichte d. Kaiserlichen Akad. d. Wissen schaft, Bd. xlvi

مفروضہ قائم کیا ہے کہ انتہائی پست تپش کی وجہ سے سرخ جسیمے اپنی ہیموگلوبن (hæmoglobin) ترک کر دیتے ہیں، اور یہ ہیموگلوبن پلاسما (plasma) میں حل ہوکر قرمزی رنگ کا خون پیدا کر دیتی ہے۔ یہ خون عروق کی دیواروں میں رستا اور گرد و نواح کی بافتوں کو سرخ کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک حد تک ایسا ہی ہو۔ لیکن فاک[1] (Falk) نے اس امر کی کہ یہ دھبے کس طرح بنتے ہیں سب سے زیادہ تسلی بخش توجیہہ پیش کی ہے اور وہ یہ ہے کہ جب ہیموگلوبن کو نہایت پست تپش کے زیر اثر لایا جائے، تو وہ آکسیجن ترک کرنے کی خاصیت کھو دیتی ہے، لیکن آکسیجن سے ممزوج ہونے کی خاصیت نہیں کھوتی، اور یہ بیان، زندہ یا مردہ، دونوں میں صادق آتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب جسم نقطہ انجماد سے پست تر تپش کے زیر اثر آتا ہے، تو وہ حصے جو کہ ہوا میں کھلے ہوتے ہیں، ان کے اوپری عروق کا خون آکسیجن حاصل کر لیتا ہے، جو جلد کی راہ سے نفوذ کر جاتی ہے۔ یہ خون حاصل کردہ آکسیجن کو روک لیتا ہے، اور شریانی خون کا سا شوخ سرخ رنگ اختیار کر لیتا ہے۔ بعض حدود کے اندر، اگر تپش درجہ صفر یا اس سے نیچے قائم رہے، تو قسر اسیائی سرخ رنگ برقرار رہتا ہے۔ اگر وہ جسم جس میں یہ منظر پایا جائے اس سے بلند تر تپش کے زیر اثر لایا جائے تو ہیموگلوبن آکسیجن ترک کرنے کی قابلیت دوبارہ حاصل کر لیتی ہے، لہٰذا جب گرد و پیش کی بافتوں کے تاکسدی خواص بروئے کار آتے ہیں، تو ہیموگلوبن پھر ترجیع ہو جاتی ہے۔ چنانچہ یہ داغ سیاہ پڑ جاتے ہیں اور ان داغوں کی طرح بن جاتے ہیں جو کہ معمولی اسباب سے واقع شدہ موت کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔

پست تپش سے جسم کے ان حصوں پر جو کہ ہوا میں کھلے ہوں، قسر اسیائی سرخ رنگ کے داغوں کا پیدا ہونا سردی سے واقع شدہ موت کا ثبوت نہیں ہے۔ اگر موت دوسرے اسباب سے واقع ہو، اور بعد میں جسم کو اسی طرح ہوا میں کھلا رہنے دیا جائے، تو اس کے مشابہ منظر پیدا ہو جاتا ہے یعنی، یہ عجیب و غریب رنگ ان حصوں میں اختیار کرتا ہے جو کہ ہوا میں کھلے ہوں۔ اور وہ حصے جو کپڑے سے، یا اس سطح سے جس پر لاش پڑی ہو

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1887 u. 1880.

ڈھکے ہوئے ہوں ہیموی منظر پیش کرتے ہیں۔

اندرونی مناظر: دماغ اور اس کے اغشیہ کے عروق میں بیش دمویت تک محدود ہیں کبھی کبھی یہ منظر بطنی احشاء میں بھی پایا جاتا ہے۔ وچنوسکی (Wichniewski) نے انتہائی سردی سے واقع شدہ موت کی ۴۸ مثالوں کا معائنہ کیا، اور ہمیشہ معدی غشاء مخاطی کے ہر حلمہ کے نیچے خون کی چھوٹی چھوٹی وعابدریاں پائیں، جن کو چاقو کی نوک سے بغیر کسی مرئی ضیاع جرم کے اٹھایا جا سکتا تھا۔ باقی ماندہ معدی غشاء مخاطی، ممتلی، موٹی، اور شکنداررہوتی ہے۔ آکسیجن کی دخلیابی کی وجہ سے اکثر اوقات پھیپھڑوں کا رنگ ان کھلے بعد الموت داغوں کی طرح جو کہ سطح جسم پر پائے جاتے ہیں شوخ ہوتا ہے۔ قلب خون سے ممتد ہوتا ہے۔ یہ خون بالعموم سیاہ ہوتا ہے، اگرچہ شوخ رنگ کا بھی پایا گیا ہے حیوانات پر تجربی تحقیقات کی بنا پر فاک (Falk) قلبی خون کے شوخ سرخ رنگ کو سردی سے واقع شدہ موت کی امارت سمجھنے پر مائل ہے۔ یہ رنگ لاشوں کو پست تپش کے زیر اثر لا کر پیدا نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ کرۂ ہوائی کی آکسیجن قلب کی گہرائی تک نفوذ نہیں کر سکتی۔ اگر حیوانات نہایت پست تپش کے اثر میں آنے سے مرگئے ہوں، اور یہ پست تپش موت کے بعد بھی برقرار رہی ہو تو ان میں قلبی خون وہی رنگ اختیار کر لیتا ہے جو کہ پھیپھڑوں اور سطح کا ہوتا ہے۔ لہذا قلب میں سیاہ رنگ کے خون کی موجودگی، سردی سے واقع شدہ موت کے ساتھ مطابقت کرتی ہے لیکن شوخ رنگ خون کی موجودگی حقیقتۃً اس موت کا ثبوت ہے۔

اگر گندیدگی کے تغیرات، لاش کو پست تپش کے زیر اثر لانے سے قبل شروع ہو چکے ہوں، تو یہ متمیز داغ رونما نہیں ہوتے کیونکہ گندیدگی پذیر بافتیں فعال آکسیجن زدا (deoxidiser) ہوتی ہیں نقطۂ انجماد پر بھی یہ بافتیں اس تمام آکسیجن کو لے لیتی ہیں جو کہ جلد کی راہ نفوذ کرتی ہے، اور ہیموگلوبن تہی دست رہ جاتی ہے، یعنے مرجع ہیموگلوبن کی شکل پر قائم رہتی ہے۔ اس سے ظاہر ہے کہ اگرچہ گندیدگی سرسری معینوں میں نقطۂ انجماد پر اور اس کے نیچے رک جاتی ہے، تاہم ان لاشوں میں جن میں تحلیل کا

ل Arch. de l' Anthrop. Crim. 1895.

عمل پہلے ہی شروع ہو چکا ہوتا ہے ان حصوں میں کہ جن تک ہوا کی رسائی ہو سکتی ہے، تاکسد (oxidation) کا سست رفتار عمل جاری رہتا ہے جب کوئی شخص پست تپش کے اثر سے (جو کہ نقطۂ انجماد پر یا اس کے نیچے ہو) مر جاتا ہے، اور یہ پست تپش موت کے بعد بھی مسلسل اثر جاری رکھتی ہے، تو اس میں گندیدگی سے پیدا شدہ تغیرات غائب ہوتے ہیں۔ لیکن گندیدگی کا یہ فقدان اس وقت بھی پایا جاتا ہے جبکہ موت، سردی کے سوا کسی اور سبب سے واقع ہوئی بشرطیکہ لاش کو فوراً اور مسلسل طور پر صفر سے کم درجہ کی تپش کے زیر اثر رکھا جائے۔ ان حالات میں لاشیں بغیر کسی ظاہری تغیر ہوئے ایک غیر معین عرصہ تک مصئون رہتی ہیں۔ ڈاروا (D'Arva) کی کتاب موسوم بہ "مونٹ بلینک کی تاریخ (Histoire de Mount Blanc) میں ایک دلچسپ قصہ ہے۔ چند رہبروں کے باقیات دریافت ہوئے جن کو سنہ ۱۸۲۰ء میں ایک برف کا تودہ ایک درز (crevice) میں دھکیل کر لے گیا تھا جہاں وہ بڑی گہرائی میں برف کے نیچے دبے رہے۔ یہ دریافت سنہ ۱۸۶۱ء میں یعنی ۴۱ سال کے وقفہ کے بعد کی گئی۔ دیگر اشیا کے علاوہ ایک پیش بازو (forearm) اور ایک ہاتھ معہ انگلیوں کے پایا گیا۔ گوشت سفید تھا اور تازہ نظر آتا تھا، انگلیوں کے ناخن جب پہلے پہل دیکھے گئے، تو گلگوں سرخ رنگ کے تھے، لیکن انکا رنگ بسرعت سے ماند پڑ گیا۔ بنصر (ring finger) پر ایک خفیف سی خراش موجود تھی جس سے پیدا شدہ دموی داغ اچھی طرح نظر آتا تھا۔ بازو اور ہاتھ کے عضلات گرمانے کے بعد بالکل اسی طرح خم پذیر تھے جیسے حالیہ مردہ اجسام کے ہوتے ہیں۔

اگر کوئی لاش یخ بستہ حالت میں پائی جائے اور اس میں امارات گندیدگی بھی موجود ہوں، تو قرین قیاس یہ ہے کہ موت برودت سے واقع نہیں ہوئی۔ بایں ہمہ ایک بعید امکان یہ ہے کہ موت کے بعد ماحول کی تپش مرتفع ہو گئی ہو جس کے دوران میں گندیدگی کے تغیرات عمل میں آئے ہوں اور بعدہٗ از سرنو برودت عود کر آئی ہو۔

یخ بستہ لاش مرمریں بت کی مانند کامل طور پر اکڑی ہوتی ہے۔ جب لاش کو

گرمایا جاتا ہے، تو بسا اوقات یہ دیکھا جاتا ہے کہ جیفی کرختگی بھی موجود ہے، باوجودیکہ موت کے بعد اس دور کو جس میں جیفی کرختگی ختم ہو جاتی ہے، بہت عرصہ ہو چکا ہوتا ہے۔ اس بیان کا اطلاق ان لوگوں کی لاشوں پر ہوتا ہے جو کہ سردی کے اثرات سے مر گئے ہوں۔ لیکن ان کے علاوہ ان لوگوں کی لاشوں پر بھی ہوتا ہے جو دوسرے اسباب سے مر گئے ہیں، بشرطیکہ ان کو فوراً بعد صفر سے نیچے کی تپش کے زیر اثر لایا گیا ہو۔ یخ بستہ لاش کے گرم ہو چکنے کے بعد گندید گی فوراً شروع ہو جاتی ہے اور نہایت سرعت سے ترقی کرتی ہے۔

۱۹۱۹ء میں ۴۴ مردوں اور ۱۷ عورتوں کی اموات برودت کے اثر کی جانب منسوب کی گئیں۔

204

باب ۲۱

موت تجوّع سے

تجوّع (starvation) کا سبب یا تو غذا سے کلی طور پر محروم ہونا یا غذا کی ناکافی مقدار اور ناقص رسد ہوتا ہے۔ طبی قانون داں کے مشاہدہ میں جو واقعات آتے ہیں، وہ بالعموم بچوں کے ہوتے ہیں۔ اگر بالغ ہوں تو یہ بالعموم ایسے ضعیف العقل اشخاص ہوتے ہیں جن کو کسی تہ خانہ میں یا مکان کے کسی اور غیر آباد حصے میں الگ کر دیا گیا ہو اور ان کے تغذیہ اور جسمانی غور و پرداخت کرنے کی نسبت لا پرواہی کی گئی ہو۔ یہ برتاؤ ایسے لوگ کرتے ہیں جن کا مقصد کسی شکار کے وجود سے چھٹکارا حاصل کرنا ہوتا ہے، لیکن اس شکار کو کسی زیادہ براہ راست طریقے سے ہلاک کرنے کی ان کو جرأت نہیں ہوتی۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ آقاؤں نے

بخیلانہ نیت سے خادمہ لڑکیوں کو قوت لایموت سے محروم کر دیا ہے۔ اگر ایسے شخص کو جو تجوع کر رہا ہو، زندہ حالت میں بچا لیا جائے تو زندہ موضوع میں جو مناظر پائے جاتے ہیں اُن کی بنا پر مجرمانہ غفلت کا الزام ثابت کرنے کے لئے طبی شہادت طلب کی جا سکتی ہے۔

ایک معروضہ مدت تک غذا سے محروم رہنے کے بعد کس درجہ کی لاغری پائی جاتی ہے یہ بہت حد تک اس امر پر موقوف ہے کہ ابتدائے تجوع کے وقت جسم کی کیا حالت تھی۔ یہی وجہ ہے کہ مہلک مزمن تجوع کی ان اصابتوں میں کہ جن میں ایک طویل مدت تک زندگی قائم رکھنے کے لئے غذا کی اقل مقدار دیجاتی ہے اور پھر مکمل محرومیت کا وقفہ آتا ہے، لاغری کا درجہ بہ نسبت ان اصابتوں کے کہیں زیادہ ہوتا ہے کہ جن میں کسی خوب نمو یافتہ صحتمند فرد کو یک بیک غذا سے محروم کر دیا جاتا ہے تا آنکہ وہ مر جاتا ہے۔

علامات۔ بھوک کا وہ فطرتی احساس جو کہ ایک صحتمند شخص کو بتاتا ہے کہ عضویہ کو غذا کی ضرورت ہے، فاقہ کشی کے پہلے چھتیس یا اڑھتالیس گھنٹہ کے بعد زائل ہو جاتا ہے۔ معدہ کے خطہ میں درد یا تکلیف ہوتی ہے، لیکن اس کے ہمراہ غذا کی خواہش نہیں پائی جاتی۔ شدید تشنگی ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور سیال کی قلت اس تکلیف کو بہت ہی بڑھا دیتی ہے۔ رفتہ رفتہ عضلی کمزوری پیدا ہو جاتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی جلد ہی لاغری بھی پیدا ہو جاتی ہے جو کہ بڑھتی چلی جاتی ہے، یہاں تک کہ موت ہو جاتی ہے۔ جلد جھری دار اور بالعموم پھیکی خشک اور چرم نما ہوتی ہے۔ پرپری (purpuric) داغ دیکھے گئے ہیں لیکن اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ بھورے سے دھبے پائے جاتے ہیں، یہ ایسی مٹی سے مشابہ ہوتے ہیں جو کہ نفوذ کر گئی ہو۔ چہرے کے خط و خال اور آنکھیں اندر کی جانب گھسی ہوتی ہیں اور خدی ہڈیاں نمایاں طور پر اُبھری ہوتی ہیں۔ منہ اور زبان خشک ہوتی ہے، سانس کی بُو ناگوار اور تجوع کے بعض مراحل میں ایتھر نما (ether like) نوعیت کی ہوتی ہے۔ ایک موخر تر مرحلے میں تمام جسم سے ایک عجیب و غریب سڑان کی بُو نکلتی ہے، لیکن یہ غیر معمولی گندیدگی کی بُو سے مختلف ہوتی ہے۔ بطنی دیوار ایسی مقعر ہوتی ہے کہ فقرات کے اجسام کو آسانی سے محسوس

کیا جا سکتا ہے عام الفاظ میں یہ کہا جا سکتا ہے کہ جوارح، صرف جلد اور ہڈیاں نظر آتے ہیں۔ ہوش قائم رہتا ہے۔ ذہن اس حد تک کمزور ہو جاتا ہے کہ سخافت ہو جاتی ہے۔ توہمات (hallucinations) بھی عام ہیں۔ نبض کمزور ہوتی ہے، لیکن کوئی مستقل عددی صفت ظاہر نہیں کرتی، اکثر اوقات طبعی حالت سے سست تر، اور بعض اوقات تیز تر ہوتی ہے۔ تپش کے متعلق دو مختلف بیانات ہیں، ایک یہ کہ تپش موت سے ذرا پہلے تک نہیں گرتی، دوسرا یہ کہ یہ شروع سے آخر تک زیر طبعی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس تضاد بیان کی وجہ یہ ہو کہ حیوانات اور انسان پر کے تجربات باہم مخلوط ہو گئے ہیں۔ فاک[1] (Falk) نے حیوانات کے تجربات کی بناء پر بیان کیا ہے کہ تپش ۳۵ دن تک یکساں رہی اور بعدہٗ سرعت سے گرتی چلی گئی تا آنکہ موت واقع ہو گئی۔ پیٹن (Paton) اور سٹاکمین[2] (Stockman) نے ایک آدمی کے واقعہ کی تحقیقات سے کہ جس نے ۳۰ دن فاقہ کشی کی یہ معلوم کیا کہ تپش ۹۶ درجہ سے لیکر ۹۳٫۴ درجہ ف تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ فاقہ کش حیوانات اپنی کی اتنی مقدار رکھاتے ہیں جو طبعی سے بہت نیچے نہیں ہوتی۔ لہذا ممکن ہے کہ ان کی تپش طبعی نقطہ پر یا اس سے نیچے قایم رہے۔

تخفیف وزن، فاقہ کشی کے آغاز میں جو حالت تغذیہ پائی جاتی ہے، اس کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اگر ایک تن آور اور خوب نمو یافتہ آدمی غذا سے محروم ہو، تو ایک ہلکے پھلکے آدمی کے وزن کی بہ نسبت ابتدائی ایام میں اس کا وزن بہت زیادہ گھٹ جاتا ہے، البتہ تین چار دن کی فاقہ کشی کے بعد ان کا تناسب زیادہ مساوی ہو جاتا ہے، پیٹن (Paton) اور سٹاکمین (Stockman) نے معلوم کیا کہ تیس دن کی فاقہ کشی سے ایک آدمی کے اصل وزن کے ہر کیلو میٹر میں سے ۳۱۶۔۱ گرام یعنی ۱۲۶ء کیلو میٹر کم ہو جاتے ہیں، اور کل کمی اصل وزن کا تقریباً چھٹا حصہ، اور روزانہ کمی اوسطاً ۳۴ء کیلو میٹر ہوتی ہے۔ فاک[3] (Falk) نے بیان

---

[1] Beitrage z. Physiol., 1875

[2] Proc. of Roy. Soc. Ed., vol.xvi

[3] Maschka's Handbuch

کیا ہے کہ گرم خون والے حیوانات جب غذا اور پانی سے کلیتہً محروم کر دیے جاتے ہیں، تو مرنے سے قبل ان کے اصل وزن میں سے ۴۰ فیصدی وزن کم ہو جاتا ہے

بول کی روزانہ مقدار کم ہو جاتی ہے، اور اگر بالکل سیال نہ پیا جائے، تو اور بھی کم ہوتی چلی جاتی ہے۔ رنگ اور کثافت نوعی (specific gravity) طبعی سے زیادہ ہوتی ہے۔ بے شمار مشاہدین نے اثناء فاقہ میں یوریا (urea) کے روزانہ اخراج کا اندازہ لگایا ہے۔ جب غذا بند کر دی جاتی ہے، تو نائٹروجن (یوریا .urea) کا اخراج یک بیک کم ہو جاتا ہے، اور پھر کئی دن تک خاصہ مستقل رہتا ہے۔ لیکن مزید تخفیف کا ذرا رجحان رہتا ہے۔ جب تمام چربی صرف ہو چکتی ہے تو ممکن ہے کہ اس اخراج میں کچھ زیادتی ہو، لیکن یہ زیادتی بہر حال محض عارضی ہوتی ہے، اور ترقی پذیر تخفیف سے مبدل ہو جاتی ہے تا آنکہ موت واقع ہو جاتی ہے۔ لوشیانی (Luciani) نے سکسائی (Succi)[1] پر ایک فاقہ کی اثنا میں مشاہدات کئے[2] اور ان سے یہ معلوم کیا کہ اس دن جب کہ اس نے آخری مرتبہ کھانا کھایا اس کے بول میں ۱۶۶۲۹ گرام نائٹروجن (nitrogen) تھی۔ پیٹن (Paton) اور سٹاکمین (Stockman) نے ۳۰ دن کی فاقہ کشی کے دوران میں چھ متوالی وقفوں میں (ہر وقفہ ۵ دن پر مشتمل تھا) نائٹروجن کی روزانہ اوسط مقدار دی ہے جو حسب ذیل ہے۔ (۱) ۹ء۱۱ گرام (۲) ۴ء۱۵ گرام (۳) ۵ء۱ گرام (۴) ۲ء۲ گرام (۵) ۲ء۴ گرام (۶) ۳ء۱ گرام۔ سولھویں دن کے بعد حسب خواہش (ad lib) پانی پلایا گیا۔ بول کے دیگر اجزاء یعنی یورک ترشہ، سلفورک ترشہ (اس کے کل امتزاجات) اور فاسفورک ترشہ فاقہ کشی کے دوران میں تبتزاید گھٹتے چلے جاتے ہیں۔ کلورین (chlorin) کا اخراج اتنا مستقل نہیں ہے۔ بعض مثالوں میں دیکھا گیا ہے کہ یہ تدریجاً گھٹتی چلی جاتی ہے۔ بعض مثالوں میں طویل حرمان غذا کے ختم پر بھی اس کی روزانہ مقدار تقریباً اتنی ہی ہوتی ہے کہ جتنی آغاز میں تھی۔ ایک اور بے قاعدہ جزو کری ایٹینین (creatinin) ہے۔ یہ ابتدائی دور میں گھٹ جاتا ہے، لیکن بعد میں بڑھ جا سکتا ہے۔ بلڈی (Baldi)

---

[1] Fisiologia del digiuno, 1889

[2] Lo Sperimentale, 1890

نے معلوم کیا کہ فاقہ کشی کے دوران میں یہ بہت ہی تھوڑی مقدار میں پایا جاتا ہے۔ بول میں شکر (sugar) (بجوعی شکر بولیت) ڈائی اسٹک ترشہ (diacetic acid) اور اسیٹون (acetone) بھی موجود ہو سکتے ہیں۔

کاربن ڈایکسائیڈ کا روزانہ اخراج گھٹ جاتا ہے، لیکن اتنی سرعت سے نہیں گھٹتا کہ جتنی سرعت سے یوریا (urea) کا اخراج گھٹتا ہے۔ ابتدائی مراحل میں اور بالخصوص اس وقت جبکہ فاقہ کش حیوان میں بہت چربی ہو، کاربن ڈاکسائیڈ کی برآمد بہت نہیں گھٹتی الّا اس وقت جبکہ جسمانی وزن میں معتدبہ تخفیف ہو جاتی ہے۔ اور اسکے بعد کاربن ڈاکسائیڈ کی برآمد بتدریج گھٹتی چلی جاتی ہے۔

دوران تجوع میں معدی رس کا افراز اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ پک[1] (Pick) نے معدہ میں ایک انبوب داخل کر کے کبھی تو چند قطرات اور کبھی ۲۸ مکعب سنٹیمیٹر یا زیادہ حاصل کئے لیکن اس طرح جو رس حاصل کیا گیا اسمیں HCL نہ تھا جب اس HCL سے خالی رس میں کچھ ترشہ ملایا گیا، تو یہ رس نوبت ہاضمہ کے لحاظ سے طبعی معدی رس کا کام کرتا تھا۔ شرییبر[2] (Shreiber) نے بیان کیا ہے کہ تجوع کے دوران میں معدی رس کا افراز جاری رہتا ہے اور یہ کہ یہ زیادہ تر HCL پر مشتمل ہوتا ہے بعض مشاہدین نے HCL اکثر اوقات مفقود پایا ہے۔ صفرا (bile) کی روزانہ مقدار تجوع کی ترقی کے ساتھ ساتھ گھٹتی جاتی ہے، لیکن مرارہ موت کے بعد بالعموم متمدد پایا جاتا ہے۔ برازِ فوراً کم ہو جاتا ہے، اور بہت جلد ہی کلیتہً بالکل غائب ہو جاتا ہے۔

گرال[3] (Groll) نے معلوم کیا کہ خون کے باقی ٹھوس اجزا کی بہ نسبت ہیموگلوبن (hæmoglobin) کمتر سرعت کے ساتھ خرچ ہوتی ہے۔ رام[4] (Raum) نے معلوم کیا کہ کنوں میں دوران فاقہ میں دموی لونی مادہ بڑھ جاتا ہے۔

---

[1] Prager med. Wochenshr, 1889

[2] Arch f. Exper. Pathol. 1888

[3] Pflügers Arch, 1888

[4] Arch. f. Exper. Pathol, 1891

بعد الموت مناظر ممکن ہے کہ جیفی کر ختگی موجود ہو اس طرح جس طرح کہ موت کے دوسرے اسالیب میں ہوتی ہے۔ جلد خشک اور بھوسی دار (scurfy) ہوتی ہے، ممکن ہے کہ یہ قرن آسا ہو۔ شحم کے جذب ہونے کی وجہ سے اس کو نیچے کے عضلات سے بمشکل جدا کیا جا سکتا ہے۔ مزمن تجوع میں شحم سارے کے سارے جسم میں تقریباً بالکل مفقود ہوتی ہے۔ عضلات مذبول اور نرم ہوتے ہیں۔ دماغ اور حبل الشوکی میں کوئی قابل شناخت تغیر نظر نہیں آتا۔ پھیپھڑے معمول سے زیادہ شاحب ہوتے ہیں اور ان میں کم خون پایا جاتا ہے۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے اور ممکن ہے اس کے تمام کوشکوں میں خون موجود ہو۔ امعائی خطہ ایک سرے سے دوسرے سرے تک مذبول ہوتا ہے۔ معدہ سکڑا ہوا ہوتا ہے اور اکثر اوقات یہ بڑی آنت ہی کا ایک حصہ معلوم ہوتا ہے، ممکن ہے کہ اس کے اندر ذرا سا صفرا آلود سیال بھی موجود ہو۔ اس کی غشاء مخاطی جو کہ بالعموم شکندار اور شاحب ہوتی ہے، ممکن ہے کہ کسی قدر سرخ ہو۔ بڑی آنت میں ممکن ہے سخت برازی مادہ کا کوئی شائبہ موجود ہو۔ معاء المستقیم ممتلی ہوتی ہے۔ امعائی اور خاص کر اثنا عشری، صائم اور لفائفی کی دیواریں بہت ہی مذبول ہوتی ہیں، اور اس وجہ سے تقریباً شفاف ہوتی ہیں بعض اوقات اس حد تک کہ ان کے اندر کوئی شے ہو تو وہ بآسانی دکھائی دے سکتی ہے۔ جگر کا حجم گھٹا ہوا ہوتا ہے، اس کی سطح ہموار اور اس کا رنگ سیاہی مائل ہوتا ہے۔ مرارہ تقریباً ہمیشہ صفرا سے متمدد ہوتا ہے۔ لبلبہ (pancreas) مذبول ہوتا ہے، بلکہ بعض اوقات مفقود ہوتا ہے۔ بولی مثانہ سکڑا ہوا اور بالعموم خالی یا تقریباً خالی ہوتا ہے۔ خون میں پانی طبعی مقدار سے کم ہوتا ہے۔

تجوع کے سب سے زیادہ امتیازی مناظر حسب ذیل ہیں جسمانی شحم کا فقدان۔ نرم ساختوں کا عمومی ذبول۔ ہاضم خطہ کے عدم استعمال کی وجہ سے اس کی دیواروں میں خوب نمایاں اور متمیز ذبول ہو جانا۔ صفرا کے بہاؤ کیلئے کوئی تہیج نہ ہونے کے باعث صفرا مرارہ میں جمع ہو جانا۔ جس ترتیب سے بافتیں لاغر ہوتی ہیں وہ ترتیب یہ ہے۔ اول شحم، دوم غدی اعضاء اور بعدہٗ کالبدی عضلات۔

یہ ظاہر ہے کہ تجوع سے واقع شدہ موت کی امارات ایسی نہیں کہ تجوع کے

206

متعلق کسی قطعی رائے کا اظہار کیا جا سکے۔ یہ علامات عضوی اصل کے مختلف ہزال آور امراض سے واقع شدہ اموات میں بھی پائی جاتی ہیں اور نیز بعض ایسی عصبانیتوں میں پائی جاتی ہیں کہ جو اپنے وقوع کا کوئی بعد الموت ثبوت باقی نہیں چھوڑتیں۔ یہ امر نہایت اہم ہے اور طبی گواہ کو چاہیئے کہ اس کو ذہن نشین رکھے۔ تجوع سے واقع شدہ موت کے متعلق کوئی معین رائے دینے کے لئے نہ صرف یہ ضروری ہے کہ تمام امارات جو اس اسلوب موت کے ساتھ خاص ہیں، موجود ہوں بلکہ یہ بھی ضروری ہے کہ مرض کی تمام علامات بالکل مفقود ہوں۔ مرضیاتی علامات جو کہ خاص طور سے یاد رکھنے کے قابل ہیں یہ ہیں مری (œsophagus) کا بھنچاؤ خواہ یہ سادہ تضیق ہو یا مرض خبیث کا نتیجہ ہو یا ایسے بیرونی دباؤ کا نتیجہ ہو جیسا کہ انیورزم (aneurysm) سے پیدا ہوتا ہے، جسم کے کسی حصہ کا مرض خبیث۔ تدرن (tubercle) دخنی (miliary) ہو یا غیر دخنی، اس سلسلہ میں ہمیشہ ام جافیہ (pia mater) یا ریطون (peritoneum)، غدود (glands) اور مفصلات (joints) کا امتحان کرنے کی ضرورت ہے ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا کہ ایڈیسن کے مرض (Addison's disease) کے ہمراہ ہزال پایا جائے لیکن سرگردوں (adrenal) کا معائنہ کرنا ضروری ہے۔ ذیابیطس کے امکانی وقوع کی وجہ سے شکر کے لئے بول کا امتحان کرنے کی ضرورت ہے۔ ہزال کے دیگر اسباب کہ امتحان لاش (necropsy) کرتے وقت جن پر غور کرنا ضروری ہے، مزمن اسہال اور زحیر ہیں۔ اگر کسی شخص یا اشخاص پر یہ الزام لگایا جائے کہ انہوں نے کسی ایسے شخص کو جو ان کی حفاظت میں تھا، غذا روک کر مار ڈالا ہے تو عمومی ذبول کے ان کم و بیش بدیہی اسباب کے علاوہ عصبانیتوں مثلاً ہسٹریا (hysteria)، مراق (hypochondriasis)، یا جنون (insanity) کا بھی خیال رکھنے کی ضرورت ہے۔

حکومت بنام سٹانٹن ورہوڈیز (Reginald V. Staunton and Rhodes)

(مرکزی فوجداری عدالت ۱۸۷۷ء) کے مقدمہ سے اس امر کی ایک عمدہ مثال حاصل ہوتی ہے کہ طبی گواہ کو اس وقت جبکہ اسے کسی مزعومہ مجرمانہ تجوع کے مقدمہ میں سبب موت کی تحقیق کے لئے طلب کیا جائے، کس قدر

احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ بیان کیا گیا کہ اول الذکر قیدی کی ۳۵ سالہ بیوی یعنی ہیری
سٹانٹن (Harry Staunton) کو اس کے خاوند نے اپنی معشوقہ یعنی شریکِ قید الائس روڈیز
(Alice Rhodes) سے ملکر بھوکا مار ڈالا۔ موت سے ذرا پہلے ہیری سٹانٹن (Harry
Staunton) کو پنج (Penge) لے جایا گیا، وہاں اسے ایک طبیب نے دیکھا اور اس کے فوراً
207 بعد وہ مر گئی۔ فطری اسباب سے واقع شدہ موت کا صداقت نامہ دیا گیا، لیکن بعد میں جب
موت کے حقیقی سبب کا شبہ پیدا ہوا، تو امتحان لاش (necropsy) کیا گیا، اور جیسا کہ بیان
کیا گیا ہے، مقدمہ کی سماعت ہوئی۔ امتحان کرنے پر جسم لاغر اور اس کی عمومی حالت غلیظ
اور مفقول پائی گئی۔ جسم ۵ فٹ ½۵ انچ لمبا اور ۷۴ پونڈ وزن میں تھا۔ دو سال قبل اس
کا وزن ۱۱۵ پونڈ تھا۔ دماغ صحتمند تھا، لیکن ام حنونہ (pia mater) میں چند دخنی درنات
جمے ہوئے تھے۔ قلب چھوٹا تھا۔ پھیپھڑے صحتمند تھے، مگر بائیں پھیپھڑے کے راس میں
درنی جماؤ کی ایک چھوٹی سی حلیتی تھی۔ مرارہ صفرا سے پُر تھا۔ معدہ کے طبقات پتلے ہو گئے
تھے۔ امعاء چھائی ہوئی اور خالی تھیں۔ معائے مستقیم تقریباً چار انچ تک بیش دموی تھی، باقی ماندہ
امعاء کا رنگ پھیکا تھا۔ شحم کلی طور پر مفقود تھی، اور تمام اعضاء میں عمومی ذبول تھا۔ مثانہ
میں تقریباً تین اونس بول موجود تھا۔ سماعت مقدمہ پر اس امر کی قطعی طبی شہادت پیش
کی گئی کہ موت تجوع کا نتیجہ ہے، اور یہ قرار دیا گیا کہ قیدیوں کا جرم جن میں سٹانٹن (Staunton)
کا بھائی اور بیوی بھی شامل تھے، ثابت ہے، اور ان کو سزائے موت دی گئی۔ بعدہٗ
اس طبی شہادت پر آزادانہ اعتراضات کئے گئے اور اس امر کے متعلق بڑے شد و مد کے
کے ساتھ رائیں ظاہر کی گئیں کہ موت تجوع سے واقع ہونے کا کوئی طبی ثبوت موجود نہیں
تھا۔ اعتراض کا اسلوب یہ اختیار کیا گیا کہ موت کے دیگر امکانی اسباب کی مناسب تحقیقات
نہیں کی گئی۔ نہ تو مری (œsophagus) کا معائنہ ہی کیا گیا اور نہ مثانہ میں جو بول پایا گیا اس کا
شکر کے لئے امتحان کیا گیا۔ سر گردوں کا معائنہ بھی نہیں کیا گیا، حالانکہ چہرے کی جلد میں بدرنگی موجود تھی۔
امعاء کا پتلا ہو جانا، غشیۂ دماغ اور پھیپھڑوں میں درنوں کی موجودگی کو، بغیر تغذیہ محرومیت غذا سے
موت واقع ہونے کے خلاف ثبوت قرار دیا گیا، بلکہ مرض سے موت واقع ہونیکے
امکان کی دلیل قرار دیا گیا۔ نتیجہ یہ ہوا کہ روڈز (Rhodes) کو تو معافی دے دی گئی، اور
باقی ماندہ تینوں قیدیوں کو جو سزائے موت دی گئی تھی، اس میں تخفیف کر دی گئی۔

اس مقدمہ سے بہت ہی قابل قدر سبق حاصل ہوتا ہے جو تمام طبی قانونی تفتیشات پر اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ یہ ہے کہ طبیب کو کسی اصابت کی جانب متوجہ ہوتے وقت اس کی نوعیت کے متعلق پہلے سے ایک رائے ہرگز قائم نہ کرنی چاہئے اور یہ کہ ان مرضیاتی علامات کو جو اس کی قائم کردہ رائے سے مطابقت نہیں کرتیں ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہئے بلکہ ان کی اہمیت کے متعلق غور و فکر کرنا چاہئے۔

محرومیت غذا سے موت واقع ہونے کے لئے جس قدر مدت درکار ہے وہ بعض حالات کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ سن کا معتدبہ اثر پڑتا ہے۔ نہایت ہی خرد سال بچے جلد مغلوب الاثر ہو جاتے ہیں۔ بالغ اس سے زیادہ اور پیر مرد سب سے زیادہ مدافعت کرتے ہیں۔ فاقہ کشی کے آغاز میں جسم کی صحت اور تغذیہ جتنا عمدہ ہوگا قوت برداشت اتنی ہی زیادہ ہوگی۔ پانی پینے سے زندگی خاصی طویل ہو جانے کا امکان ہے۔ ایک مزید ساز گار عنصر حرارت جسمانی کی بقا ہے۔ ایک ایسا شخص جو خوب ملبوس ہو، خاصکر جس کے گرد و پیش کی ہوا ساکن اور معتدل تپش کی ہو بہ نسبت ایسے شخص کے کہ جو برودت کے عمل کے زیر اثر ہو زیادہ دیر تک زندہ رہتا ہے۔ کولٹا[1] (Colletta) نے بیان کیا ہے کہ ایک ۱۶ سالہ لڑکی زلزلہ سے پیدا شدہ کھنڈرات کے نیچے آکر دب گئی، اور گیارہ دن تک بغیر آب و غذا زیر زمین رہی۔ اس کی گود میں ایک شیر خوار بچہ پکڑا ہوا تھا جو کہ چوتھے دن مرگیا۔ جب اس بچہ کی لاش کو باہر نکالا گیا تو یہ گسستہ ہو رہی تھی لیکن چونکہ لڑکی کہ جس کو زندہ باہر نکال لیا گیا دبی ہوئی تھی لہذا وہ اس لاش سے خود کو چھڑا نہ سکی۔ بغیر پانی اور غذا کے زندگی چودہ دن تک بلکہ کہا جاتا ہے کہ ۲۰ دن تک اطالت پذیر ہو چکی ہے۔ غذا کے بغیر لیکن پانی میسر ہوتے ہوئے ایک آدمی ۶۳ دن تک زندہ رہ چکا ہے۔

---

[1] Storia del Reame di Napoli, 1820.

208

باب ۲۲

حرقات (burns) اور سموطات (scalds)

حرقات ایسی تپش کے عمل سے پیدا ہوتے ہیں جو کہ انسانی جسم کی تپش سے بہت ہی بلند ہو۔ یہ تپش انسانی جسم پر، شعاعی حرارت یا شعلہ کی شکل میں، یا گرم شدہ ٹھوس اجسام کے تماس کی صورت میں، عمل میں لائی جاتی ہے۔ ان ٹھوس اجسام سے جو ایک مرتفع تپش پر سیال بن جاتے ہیں، مثلاً فلزات کی گداخت کی حالت سے، بھی تضررات پیدا ہوتے ہیں جو حرقات میں شمار کئے جاتے ہیں۔ اس قسم کے تضررات پر باقی ماندہ تضررات سے الگ غور کیا جائے گا۔

سموطات (scalds) سطح پر، یا منہ میں، یا جسم کے دیگر کھفوں میں بھاپ یا گرم شدہ سیالات کے عمل سے پیدا ہوتے ہیں۔

تضررات جو پیدا ہوتے ہیں، وہ اس امر کے متناسب ہوتے ہیں کہ عامل کا درجۂ تپش اور اسکی جسامت کیا ہے، اور یہ کہ وہ کتنی مدت تک عمل کرتا رہا ہے۔ زندگی کا خطرے میں ہونا اس امر پر موقوف ہے کہ پیدا شدہ تضررات کی شدت کیا ہے، یعنی کس گہرائی تک بافتوں میں فساد تعضیہ ہو چکا ہے اور کس حد تک اوپری رقبہ مبتلا ہو چکا ہے، اور کچھ حد تک اس امر پر بھی موقوف ہے کہ اضرار کی مقاومیت کیا ہے۔

تھوڑے سے اوپری رقبے کا شدید حرقہ یا سموط بشرطیکہ اس کی مقاومیت استثنائی طور پر خطرناک نہ ہو، زندگی کے لئے ایسے حرقہ یا سموط سے کم خطرناک ہوتا ہے، جو ایک وسیع اوپری رقبہ کو مبتلا کرتا ہو اور زیادہ گہرائی تک نہ پہنچا ہو۔ اگر

کل جسمانی سطح کی تہائی کے برابر اوپری رقبہ برباد ہو جائے۔ تو یہ تقریباً یقینی امر ہے کہ اس کا نتیجہ موت ہو گا۔ اب حرقات اور سموطات سے واقع شدہ موت کے سبب پر غور و فکر کرنے کی ضرورت ہے۔

حرقہ سے موت، یا تو اس وقت جبکہ تضررات لگتے ہیں فوراً وقوع میں آتی ہے، یا اس سے تھوڑا عرصہ بعد (چند گھنٹہ سے لیکر کئی دن بعد) واقع ہوتی ہے، یا اس سے بھی بعید تر زمانہ میں اس وقت جبکہ التہاب اور تقیح شروع ہو چکا ہو، واقع ہوتی ہے۔ آخرالذکر مرحلہ میں موت کا سبب اپنی شرح آپ کرتا ہے۔ لیکن اس سے پہلے کے دونوں مراحل میں کیا سبب پایا جاتا ہے، یہ ابھی تک دریافت نہیں ہوا۔ لہذا ضرورت ہے کہ اسکی تصریح کے لئے جو کثیر التعداد نظریات پیش کئے گئے ہیں ان میں سب سے زیادہ وقیع نظریات پر اجمالاً غور کیا جائے۔

ان میں بعض نظریات کی بنیاد ایسے مفروضات پر رکھی گئی ہے جو کہ باہم متضاد ہیں۔ ایک نظریہ یہ[1] ہے کہ حرارت سے جلدی عروق تباہ ہو جاتے ہیں، لہذا ان میں طبعی حالت میں جو خون دورہ کرتا ہے، وہ اندرونی اعضا میں دھکل جاتا ہے جہاں یہ بیش دمویت اور کدرات پیدا کر دیتا ہے، اور اس سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ ایک اور تاویل جو اس کے متضاد ہے[2] یہ ہے کہ جلدی عروق منقبض ہو جاتے ہیں، اس سے جسم میں وہ انتہائی برودت پیدا ہوتی ہے جس کے متعلق یہ تسلیم کیا گیا ہے کہ یہ سطح جسم کو تجربتہً ایک ناممکن النفوذ وارنش (varnish) سے ڈھانک دینے سے پیدا ہوتی ہے، اور یہ موت کا سبب ہوتی ہے۔ اس نظریہ کے مطابق اندرونی اعضا کی بیش دمویت کی توجیہہ دموی عروق کی تنش کے ضیاع کی بنا پر ہوتی ہے۔ ایک اور نظریہ[3] بھی جلدی فعلیت کی ضیاع پر مبنی ہے، اس میں یہ فرض کیا گیا ہے کہ بعض ابرازی حاصلات محبوس رہ جاتے ہیں جو کہ بوجہ خود تسمم کے موت واقع کر دیتے ہیں۔ بعض لوگ ان حاصلات کو فعلیاتی

---

[1] Follin, Traite de.path externe

[2] Falk, Virchow's Arch., Bd. 53

[3] Catiano, Virchow's Arch. Bd.87

تصور کرتے ہیں[۱] اور بعض مرضیاتی یعنی غیر طبعی ترکیب کے ایسی ابرازی حاصلات یا سموم جو الکلائیڈ (alkaloid) کی سی نوعیت رکھتے ہیں[۲] یا لفاظ دیگر امونیا (ammonia) کے مشتقات

زیادہ جدید نظریوں میں سے اکثر نظریات کی بنیاد اس امر پر ہے کہ اس ارتفاع حرارت کے براہ راست نتیجہ کے طور پر جو کہ تضرر رسانی کے وقت خون پر اثر انداز ہوتا ہے خون میں کچھ تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ایک قدیم نظریہ[۳] جو حال ہی میں از سر نو پیش کیا گیا ہے، یہ ہے کہ ضیاع مصل کے سبب سے خون اتنا کثیف ہو جاتا ہے کہ یہ عروق شعریہ میں سے گزر کر وریدی جڑوں میں نہیں جا سکتا۔ بعض لوگ خون کا بہت زیادہ گرم ہو جانا[۴] اور شلل قلب کو جو کہ اعصاب کے ایک بڑے رقبہ کی خراش سے پیدا شدہ صدمہ کا نتیجہ ہوتا ہے، فوری موت کا سبب قرار دیتے ہیں۔ اور عرقی تنفس کی معکوس تخفیف کو ایسی موت کا سبب قرار دیتے ہیں جو نہ فوری ہو اور نہ زیادہ دیر گیر ہو۔

209

احتراق اور سموط سے جلد واقع شدہ موت کو متعدد مشاہدین نے اس امر کی جانب منسوب کیا ہے کہ حرارت سے خون کے سرخ جسیموں کی فعلیت تباہ ہو جاتی ہے یا اس میں خلل آجاتا ہے لیکن جسیموں کا تضرر کس طرح موت کا موجب ہوتا ہے اس امر کی توضیح میں اختلاف رائے ہے۔ بعض مشاہدین کا خیال ہے کہ خون کے جسیموں کی بربادی سے فائبرینی خمیر[۵] (fibrin ferment) آزاد ہو جاتا ہے۔ یہ قلب اور دوسرے اعضا میں خون کی ترویب واقع کر دیتا ہے جس سے گردوں جگر اور آنتوں میں سلیم منفعاست (infarcts) اور بعد میں موخر الذکر میں تاکلات پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض لوگ ان تغیرات کو شکست شدہ جسیمہائے خون کے چورہ کی جانب منسوب کرتے ہیں، اور اس نظریہ کی تائید میں یہ دلیل پیش کرتے ہیں کہ خون میں بے شمار چھوٹے چھوٹے رنگیں ذرات موجود ہوتے ہیں جو کہ ہیموگلوبن سے مشتق ہوتے ہیں اور خون میں ایسے سایے (shadows) پائے جاتے ہیں جو کہ سرخ جسیموں کے ہیکل کے قائم مقام ہوتے ہیں۔ مزید براں

---

۱ Tappeiner; Cantralb. f. d.med Wissensch; 1881

۲ Sonnenburg, Verbrennungen, Deutsche Chir., 1879

۳ Foa, Rivista Sperimentale, 1881.

۵ Ponfick, Berlin klin. Wochenschr., 1876-77, 1883.

گردوں سے سے آزاد ہیموگلوبن کی موجودگی کا اس طرح ثبوت ملتا ہے کہ یہ ان میں سے عجیب رنگ کے سانچک کے ہمراہ خارج ہوتی ہے۔ لہٰذا التہاب گردہ اور تسمم بولی کو موت کا سبب قرار دیا جاتا ہے، اور جسیمہائے خون کے چورے کے کچھ حصہ کے متعلق یہ مانا جاتا ہے کہ یہ طحال کے گودے اور عظمی لب میں غائب ہوجاتا ہے۔ اس نظریے کی مخالفت میں اس امر پر زور دیا جاتا ہے کہ شدید حرقات کے بعد بالعموم سرخ جسیموں کی اصل تعداد میں کوئی تخفیف واقع نہیں ہوتی۔ البتہ ان کی ایک بڑی تعداد کی فعلیتی فعالیت جاتی رہتی ہے۔ اور چونکہ اکثر سرخ جسیمے بافتوں میں آکسیجن پہنچانے کے ناقابل ہوجاتے ہیں [جو کہ حاد فعلیتی قلت الجسیمات (oligocythæmia) کی حالت ہے] لہٰذا موت واقع ہوجاتی ہے۔ اس کے خلاف یہ بیان ہے کہ اگر اس خون کو جو اس طور پر بیکار شدہ سمجھا جاتا ہے ہوا کے ساتھ جھٹکا جائے تو وہ اسی آسانی اور افراط سے آکسیجن لے لیتا ہے جس آسانی اور افراط سے کہ طبعی خون اس کو حاصل کرلیتا ہے[۵۳]

اس سے بھی جدید تر آرا[۵۴] اس نظریہ کی تائید و توثیق کرتی ہیں کہ عروق دموی اور بالخصوص چھوٹی شریانوں، وریدوں اور عروق شعری کی مسدودیت عمل میں آتی ہے جس کی وجہ سدادیت نہیں بلکہ علقیت ہوتی ہے۔ تبدیل شدہ سرخ جسیموں کا باہم دگر اور دیواروں کے ساتھ چپکاؤ اور شکستہ جسیموں کے چورے اور دموی صحیفوں کی ایک بڑی تعداد کی موجودگی اس علقیت کو پیدا کرتی ہے۔ سیلو ائلائی[۵۵] (Salvioli) نے اس نظریہ سے اتفاق کرتے ہوئے علقیتوں کی تکوین کی ایک اور طرح پر توجیہہ کی ہے۔ اس نے تجربی مشاہدہ کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ صحیفہائے دموی کو جو حرارت پہنچتی ہے، اس سے وہ اس طرح متاثر ہوجاتے ہیں کہ

---

۵۲ Lesser, Virchow's Arch., Bd 79

۵۳ Hoppe- Seyler, Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd.5

۵۴ Welti, Beitrage , zur.patk.Anat., Ziegler u. Nauwerck, 1889; Silbermann, Virchow's Arch., 1890; Bd, 119; Kleb's Handbuch d. path.Anat

۵۵ Arch. per. le scienze mediche, 1891

وہ اپنے آپ کو عروق کی دیواروں پر جما لیتے ہیں اور باریک علقیتوں کی تکوین کا موجب ہوتے ہیں۔ بعد میں خون ان علقیتوں کو اکھاڑ کر بہا لے جاتا ہے، جس سے بے شمار سدادی نواتیں بن جاتی ہیں۔ اخیر مرضیاتی حالت تین اسباب کا نتیجہ ہوتی ہے۔ باریک سدادیتوں کی موجودگی۔ مفرط مقامی حرارت کے باعث خود تر عروق کا تنگ ہو جانا۔ اور اسی سبب سے سرخ جسیموں کی انضمامی حالت۔ بقول سیلو اُئلائی (Salvioli) کے صحیفہائے دموی دوسرے تبدیل شدہ عناصر دموی سے مشتق نہیں ہوتے، بلکہ طبعی اور پہلے سے موجود ہوتے ہیں علقیتوں کی تکوین میں صحیفہائے دموی کس قدر اہم حصہ لیتے ہیں، اس کے ثبوت میں اس نے بیان کیا ہے کہ ایک زندہ کتے کے خون کو متواتر فائبرین ربودہ (defibrinate) کرنے پر اس میں صحیفہائے دموی کی قلت واقع ہو جاتی ہے۔ اور جن حیوانات سے یہ سلوک کیا جاتا ہے، وہ شدید سے شدید برودت سے بھی جانبر ہو جاتے ہیں، کیونکہ انہیں سدادی نواتیں نہیں بنتیں۔

حرقات اور سموطات سے واقع شدہ عاجل موت کے متعلق کثرت رائے یہ ہے کہ اس کا سبب اولی فساد خون ہوتا ہے، اور یہ فساد خون بیشتر ان تضررات کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ جسمہائے سرخ کو حرارت سے متاثر ہونے پر پہنچتے ہیں۔ سلبرمن (Silbermann) نے حرقات سے پیدا شدہ تغیرات کو بعض زہروں مثلاً پوٹاشیم کلوریٹ۔ ٹالولین۔ ڈائی ٹمین۔ پائروگیل اور اینی لائن سے پیدا شدہ مرضیاتی تغیرات سے تشبیہ دی ہے۔ فائفر (Pfeiffer) حرقہ سے واقع شدہ عاجل موت کو صدمہ کی جانب یا ایک ایسی زہریلی شئے کی تکوین کی جانب منسوب کرتا ہے جو کہ نوعیت میں زہر مار سے ملتی جلتی ہے، اور جو نہ تو ٹوتین (ptomaine) ہے نہ پیریڈین (pyridin) اساس۔ یہ زہر تبدیل شدہ خلوی مادہ سے بنتا ہے، ابتدائی تغیرات دموی سے اس کا کچھ تعلق نہیں ہے اور خونپاش یا ملزّق (agglutinative) گروہوں سے اس کو کچھ واسطہ نہیں ہے۔ اگر ایک ایسے خرگوش کا جو حرقہ سے جانبر ہوا ہو، مسل یا عقیم بول لیا جائے، تو اس کی

Virchow's arch,. 1905 ؎

ایک تھوڑی سی مقدار خرگوش، چوہے اور گنی پگ (guinaepig) کے لئے مسم ثابت ہوتی ہے لیکن اگر یہ مصل یا بول کسی طبعی حیوان سے لیا جائے تو یہ مقدار بے ضرر ثابت ہوتی ہے۔

اکثر اوقات دیکھا گیا ہے کہ بچے حرقات اور سموطات سے، بہ نسبت بالغوں کے زیادہ آسانی سے مر جاتے ہیں۔ اس کی توجیہہ اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بچوں کی جلد زیادہ پتلی ہوتی ہے، اور ان کا خون عمل حرارت سے زیادہ اچھی طرح متاثر ہوتا ہے۔ مزید براں جسمائے سرخ میں کسی مخالف اثر کی مدافعت کرنے کی قوت، بالغ زندگی کی بہ نسبت، بچپن میں کم ہوتی ہے۔

اگر موت آگ کی موجودگی میں اور خاصکر کسی عمارت کے اندر فوراً واقع ہو، تو یہ کاربن مانکسائیڈ (CO) یا کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کا نتیجہ ہوتی ہے جو تحرّق (combustion) سے پیدا ہوتی ہیں۔ اگر کاربن مانا کسائیڈ کا نتیجہ ہو، تو خون اور عضلات ممیز قرمزی سرخ منظر پیش کرتے ہیں، اور خون سے جو جذبی طیف حاصل ہوتا ہے، وہ کاربا کسی ہیموگلوبن (carboxy-hæmoglobin) پر دلالت کرتا ہے۔ اگر CO_2 کا نتیجہ ہو، تو خون اور عضلات کا رنگ سیاہی مائل ہوتا ہے۔

بعد الموتی منظر۔ بیرونی۔ یہ منظر تضررات کی شدت کے لحاظ سے اور اس امر کے لحاظ سے کہ مریض ان کے بعد کتنی مدت تک زندہ رہا ہے، اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اکثر اصابتوں میں یہ امر کہ تضررات کس اسلوب پر لگے ہیں، امتیازی علامات پیدا کرتا ہے۔ شعاعی حرارت سے پیدا شدہ حرقات کے بعد جلد پر سفید منظر باقی رہ جاتا ہے۔ شعلہ سے متماس ہونا، بالوں کو جھلس ڈالتا ہے، اور کاربن کے جماؤ سے جلد کو سیاہ کر دیتا ہے۔ اگر یہ تماس زیادہ شدت کا نہ ہو، تو حرقہ کے مقام پر یا اس کے گرداگرد ممکن ہے آبلے موجود ہوں۔ آتشگیر مادہ کا شعلہ، مثلاً کوئلہ گیس اور ہوا کا آمیزہ جلد کو جھلس ڈالتا اور محنط کر دیتا ہے۔

بارود کے انفجار سے نہ صرف یہ ہوتا ہے کہ کاربن (carbon) کے جماؤ کی وجہ سے سطح کالی ہو جاتی ہے بلکہ یہ بھی ہوتا ہے کہ اگر مجروح مادہ آتشگیر سے کافی دور نہ ہو تو غیر منفجر (unexploded) بارود کے ذرات جلد کے اندر گھس جاتے ہیں۔

یہ بیان کوئلہ کی کانوں کے دھماکوں پر بھی اطلاق پذیر ہوتا ہے جن سے اکثر اوقات جسم سارے کا سارا کالا اور بے حد ٹیٹو (tatoo) ہوجاتا ہے۔

سرخ دھکتے ہوئے ٹھوس اجسام اور پگھلی ہوئی دھاتوں سے جو اثر پیدا ہوتا ہے وہ اس امر کے لحاظ سے کہ دھاتیں کس مدت تک سطح سے متماس رہتی ہیں اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ اگر تھوڑی مدت کے لئے متماس رہیں تو صرف جلد میں فساد تعضیہ ہوتا ہے، اس صورت میں حرقہ کے قریب غالباً آبلے یا آبلوں کے باقیات پائے جائیں گے۔ اگر حرقہ نہایت ہی شدید ہے، تو نرم ساختیں بشں پختہ گوشت کی طرح بریاں یا کاربنائز (carbonise) ہوجاتی ہیں، ایسی مثالوں میں غالباً آبلے سرے سے غائب ہوں گے، اس درجہ سے لیکر کل جسم کی تحریق تک دجبکہ بجز ہڈیوں کے چند ٹکڑوں کے کچھ بھی باقی نہیں رہتا) تمام مدارج پائے جاتے ہیں۔

جسم کے وہ حصص جو لباس سے محفوظ ہوتے ہیں، بہ نسبت ان حصص کے جو کہ ننگے ہوتے ہیں کم متضرر ہوتے ہیں خفیف اصابتوں میں ڈھکے ہوئے حصص کلیتہً بچ جاتے ہیں۔ اس کے بالعکس حالت اس وقت پیش آتی ہے جب کہ لباس ہی کو آگ لگ جاتی ہے، اور خصوصیت کے ساتھ اسوقت جب لباس کسی آتشگیر سیال مثلاً پٹرولیم سے شرابور ہو۔ اس طور سے پیداشدہ حرقات استثنائی شدت کے ہوتے ہیں مزید براں یہ پٹرولیم کی ممیزہ بو سے متصف ہوتے ہیں

بھاپ یا اُبلتے ہوئے پانی کے ذریعہ پیدا شدہ سموطات ایسے مناظر پیدا کرتے ہیں جن کی صفت آبلوں کا موجود ہونا (اگرچہ بعض حصص بر بگل (cuticle) کے ادھڑ جانے سے آبلے مفقود ہوتے ہیں) اور بالوں کا متاثر نہ ہونا ہے بشں گرم بھاپ کے اثر سے سطح تمام لچک کھو دیتی اور ملائم ہوجاتی ہے اور ایک مٹیالا سفید ابلا ہوا منظر پیدا ہوجاتا ہے، ایسی اصابتوں میں آبلے نہیں بھی دکھائی دیتے۔

پانی سے بلند تر نقطہ پر کھولنے والے سیالات سے جو حرقات پیدا ہوتے ہیں، ان کے بعد نسبتہً شدید تر علامات پائی جاتی ہیں۔

اگر مریض کچھ دن تک زندہ رہا ہے تو غالباً ردِ عمل کی امارات بھی

پائی جاتی ہیں، جو کہ اصل مناظر میں کچھ رد و بدل کر دیتی ہیں۔

جو لوگ شدید حرارت کے اثر سے مرے ہوئے پائے جاتے ہیں ان کی لاشیں بالعموم تڑی مڑی حالت میں ہوتی ہیں اور جوارح خمیدگی کی حالت میں ہوتے ہیں، چنانچہ جب لاش پشت کے بل پڑی ہو، تو باز و مدافعانہ وضع میں اوپر کی جانب نکلے ہوئے، یا سینہ کے وار پار پڑے ہوتے ہیں۔ یہ حالت حراری کرختگی سے پیدا ہوتی ہے۔ جیفی کرختگی کے موضوع پر بحث کرتے وقت اس کی تسبیب کی تشریح کی جا چکی ہے۔

211

اندرونی مناظر۔ دماغ اکثر اوقات سکڑ کر اصل حجم کی چوتھائی رہ جاتا ہے لیکن اس کی شکل خاصی اچھی طرح برقرار رہتی ہے۔ جب سر، شعلہ سے یا بلند تر تپش کے کسی دیگر منبع سے متاثر ہوا ہو یہاں تک کہ چاندنی ہڈی تک کباب ہو گئی ہو تو کبھی کبھی جمجمہ کی تتناظر اندرونی سطح پر، ہڈی اور ام جافیہ کے درمیان، خون کی ایک مقامی و عابدری پائی جاتی ہے، جو کہ بسا اوقات خشت نما سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ یہ حالت اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ جمجمی کاسہ صحیح و سالم ہو، اور بقول سٹراسمین[1] (Strassman) کے اس کا سبب یہ ہے کہ حرارت، خون کو جمجمی دیواروں کی اندرونی سطح سے دھکیل دیتی ہے۔ اس قسم کا ایک واقعہ لٹل جون[2] (Littlejohn) نے درج کیا ہے کہ ایک عورت کی لاش پائی گئی، اس حالت میں کہ اس کا سر ایک انگیٹھی کی سلاخوں پر تھا، چاندنی جل کر سیاہ ہو گئی تھی، جمجمہ ننگا اور حرارت سے سیاہ ہو گیا تھا، لیکن ویسے ہر طرح سے غیر متضرر تھا۔ جمجمی کاسہ کو اتارنے پر جبہی اور صدغی (frontal & temporal) رقبہ جات میں اور جلی ہوئی جگہ کی مقامیت سے تتناظر ام جافیہ پر، خون کا ایک بہت بڑا بھورا تھکا اور کسی قدر سفیدی مائل بھورا لحمی مادہ پڑا ہوا پایا گیا۔ قلب بالعموم خون سے پُر ہوتا ہے۔ پھیپھڑے سکڑے ہوئے اور بسا اوقات سرخی مائل رنگ کے ہوتے ہیں۔ حنجرہ، قصبۃ الرئیہ

---

[1] Offiz. Bericht d.preuss. Medicinalb. Ver., 1908

[2] Edin. Med. Journ., 1899

اور شعبتوں میں دھوئیں کے ذرات پائے جاتے ہیں بعض اوقات غشاء مخاطی مشرب اور کف سے ڈھکی ہوئی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ کف کی اتنی مقدار موجود ہو کہ ہوائی گذرگاہیں پُر ہو جائیں۔ گردوں میں التہاب (nephritis) کی امارات نظر آتی ہیں اور تراشید گی کرنے پر گردے سرخی مائل بھورے خطوط کا منظر پیش کرتے ہیں جن کا سبب مستقیم انبیبوں کا خون کے چورہ سے پر ہونا ہے۔ یہ امارت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی لیکن بعض اوقات خوب نمایاں ہوتی ہے۔ فرینکل[1] (Frankel) نے حرقہ سے واقع شدہ موت کی تین ایسی مثالیں پیش کی ہیں کہ جن میں یہ امارت پائی گئی، اور گوبیکوں اور ملفف انبیبوں کے سرحلمہ میں انحطاطی تغیرات پائے گئے۔ معدہ اور امعا کی غشاء مخاطی میں، جا بجا نوں کا تورم اور ایک سرخ شدہ منظر دیکھا گیا ہے۔ کرلنگ[2] (Curling) سب سے پہلا تھا جس نے اس امر کی طرف توجہ دلائی کہ حرقہ سے واقع شدہ موت کی وارداتوں میں جب مریض کچھ مدت تک زندہ رہا ہو، تو اثنا عشری میں قرحات موجود ہوتے ہیں یہ بسا اوقات دیکھے گئے ہیں گو کہ اکثر اصابتوں میں یہ موجود نہیں ہوتے۔ ولکی[3] (W lkie) نے ۳۷ اصابتوں میں اثنا عشری کے متاثر ہونے کی کوئی علامت نہیں دیکھی، ان میں ۱۲ کا بعد الموتی امتحان کیا گیا۔ یہ قروح غالباً اس چھوٹی سی شریان کی علقیت کا نتیجہ ہوتے ہیں جو کہ عضو مذکور کو خون پہنچاتی ہے۔ یہ مردوں کی بہ نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں، حالانکہ خود اثنا عشری قرحہ مردوں میں بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔

جگر میں کوئی ممیز بات نہیں پائی جاتی ممکن ہے کہ رحم بہت ہی کم متغیر شدہ پایا جائے، خواہ لاش جلکر قریب قریب خاکستر ہی کیوں نہ ہو گئی ہو خصیتین عمل آتش کی مدافعت کرتے ہیں۔ خون بالعموم ایک عجیب اور ممیز منظر پیش کرتا ہے۔

ط۱ Deutsen m d. Wochenschr 1889

ط۲ Med Chir. Trans., 1842

ط۳ Guy's Hospital Reports 1856.

یہ قرا سیہ ایسا سرخ ہوتا ہے اور ایسے خون سے جو کاربن مانکسائیڈ کے تسمم کے مریض سے ماخوذ ہو بہت مشابہ ہوتا ہے ۔جیسا کہ سابق میں بیان کیا جا چکا ہے جلکر مرے ہوئے اشخاص کے خون کے اندر بسا اوقات کاربن مانا کسائیڈ (CO) پائی جاتی ہے، لیکن زیر بحث حالت کا کاربا کسی ہیموگلوبن (carboxy-hæmoglobin) کی موجودگی سے کچھ واسطہ نہیں ہے، گو کہ اس کے خانی آنکھ مناظر کاربا کسی ہیموگلوبن کے پیدا کردہ مناظر سے مشابہ ہوتے ہیں ۔خون کی جذبی دھاریاں آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) کی ہوتی ہیں اور معمولی منعاملوں کے ذریعہ ترجیع انجام دی جا سکتی ہے ۔ فاک[1] (Falk) نے خون کا ہلکا رنگ، دموی البومن کی تردیب کی جانب منسوب کیا ہے کہ جس سے خوردبینی مروبات بن جاتے ہیں۔ یہ مروبات، اس وقت جب کہ روشنی خون کی ایک پتلی اور اوپری تہ سے گزر چکتی ہے، روشنی کے ایک حصہ کو منعکس کر دیتے ہیں اور اس طرح اس کا انجذاب کم کر دیتے ہیں ۔ یعنی محض ایک طبیعی سبب سے خون کا رنگ شوخ تر دکھائی دیتا ہے، اور لونی مادہ میں کوئی کیمیاوی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ تازہ خون میں یہ تردیب ۶۲ اور ۶۳ سنٹی گریڈ درجہ تپش پر واقع ہوتی ہے اور تحلیل پذیر خون میں یا تو سرے سے واقع ہی نہیں ہوتی یا اس سے بلند تر تپش کی ضرورت ہوتی ہے، کیونکہ البومن (albumen) کلیتہً یا جزیتہً پیپٹون (peptone) میں بدل ہو جاتا ہے جو کہ حرارت سے مروب نہیں ہوتا۔ اس سبب سے پیدا شدہ قرا سیہ ایسا سرخ خون ان اشخاص کے اجسام میں بھی پایا جاتا ہے جو جل کر مر گئے ہوں، اور ان لاشوں میں بھی پایا جاتا ہے جو خاصی بلند تپش کے زیر اثر رہی ہوں ۔ بخلاف اس کے وہ قرا سیہ ایسا سرخ رنگ جو کاربا کسی ہیموگلوبن (carboxy-hæmoglobin) کی موجودگی سے پیدا ہوتا ہے، اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ جس فرد کی لاش میں یہ ملا ہے، وہ آتش زدگی کے دوران میں زندہ تھا جل کر مرے ہوئے لوگوں کے قارورہ میں شکر ہوتی ہے، لہذا اگر مریض پیشتر سے شکر بولیتی (glycosuric) نہ ہو، تو شبت تعامل جلکر مرنے کی توثیق کرتا ہے۔ آگ سے متضرر شدہ جسم کا امتحان کرنے کے بعد سب سے اہم سوال جس کا

212

[1] Vierteljahrsschr f. ger . Med., 1888

طبی قانون داں کو جواب دینا ہوتا ہے، یہ ہے کہ کیا تحریق دوران زندگی میں ہوئی تھی یا موت کے بعد۔ اس سوال کے جواب کیلئے جن بیرونی امارات کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے وہ ان امارات تک محدود ہیں جو کہ جلد میں نظر آتی ہیں۔
جب تضرر خفیف اور سطح تک محدود ہو (اور اگر جلد کا ایک بڑا حصہ ماؤف ہو) تو دوران زندگی میں جلد ایک منتشر احمرار کا منظر پیش کرتی ہے جس میں اس جگہ کہ جہاں سے سرحلمہ جدا ہو جاتا ہے، جلیتیاں بنی ہوتی ہیں۔ یہ منظر خشک حرارت اور ابلتے ہوئے پانی دونوں چیزوں سے یکساں طور پر پیدا ہوتا ہے۔ یہ فعال امتلا کا نتیجہ ہے، اور صرف زندگی میں ہی پیدا ہو سکتا ہے، اور ایک لاش میں جو کہ آگ کے زیر اثر رہی ہو، کبھی دیکھا نہیں جاتا۔ افسوس کہ موت کے بعد یہ بالعموم معدوم ہو جاتا ہے، اور جلد شاحب یا بعد الموت دھبوں سے بدرنگ رہ جاتی ہے۔ تاہم بعض اوقات یہ زیادہ شدت سے متضرر شدہ حصوں کے قرب میں پایا جاتا ہے۔
چند شرائط کے ساتھ آبلوں کی موجودگی بھی اس امر کی دلیل ہے کہ تضررات دوران حیات میں پہنچے ہیں۔ یہ شرائط اس طرح پوری ہو سکتی ہیں کہ آبلہ میں البومن (albumen) کی کثرت ہو، اور اس کے گرداگرد ایک مشرب حلقہ ہو جو یا تو محیط کے بالکل قریبی حصہ تک محدود ہو، یا متذکرہ صدر منتشر احمرار میں مخلوط ہو گیا ہو۔ اگر بکل (cuticle) جدا ہو گیا ہو، تو آبلہ کا قاعدہ مُسرخ ہوگا، بشرطیکہ اس کا موت کے بعد جلد معائنہ کر لیا جائے۔ لیکن بایں ہمہ یہ خیال رکھنا چاہیئے کہ ایک تو یہ سرخی موت کے بعد معدوم ہو جاتی ہے، دوسرے موت کے بعد پیدا شدہ آبلہ کا قاعدہ بھی ہوا کے زیر اثر کسی قدر سرخ ہو جاتا ہے۔ لہذا یہ علامت کوئی مثبت قیمت نہیں رکھتی۔

بقول ہافمین (Hofmann) موت کے دس منٹ بعد ایک ایسا آبلہ ہرگز نہیں بن سکتا جو حیات میں پیدا شدہ آبلہ کی تمام صفات رکھتا ہو۔ اگر ایک لاش کو مناسب درجہ کی حرارت پہنچائی جائے تو ممکن ہے آبلہ اٹھ آئے۔ لیکن یہ آبلہ مائی بخار سے پُر ہوتا ہے اور حرارت دور کرنے پر مائی بخار منجمد ہو جاتا ہے، اور آبلہ کا بکل پچک جاتا ہے۔ یا آبلہ ایسے سیال سے پُر ہوتا ہے جس میں بہت کم

البومن ہوتا ہے، یا زیادہ سے زیادہ اتنا البومن ہوتا ہے کہ اگر اسے امتحانی نلی میں اُبالا جائے، تو محض ایک دودھیا پن پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر یہی سلوک زندگی میں اٹھائے ہوئے آبلہ کے سیال کے ساتھ کیا جائے تو اس میں البومن کی افراط کا ثبوت حاصل ہوتا ہے۔ ان لاشوں پر آبلے زیادہ آسانی سے پیدا ہو جاتے ہیں جو متہیج ہوں لیکن یہ لازمی امر ہے کہ ان میں حیوی ردعمل کی امارات مفقود ہوں گی۔ ٹیلر (Taylor) اور سٹیونسن (Stevenson) نے ایک آدمی کا واقعہ درج کیا ہے کہ وہ ڈوب گیا اور حادثہ کے چند منٹ بعد اس کے جسم کو کہ جس میں نبض محسوس نہیں ہوتی تھی (بغرض احیا) گرم پانی کے حمام میں رکھ دیا گیا۔ باوجودیکہ حمام میں رکھنے کے وقت یہ آدمی بظاہر مردہ تھا اور اس کے احیا کی تمام مساعی ناکام رہیں، تاہم پانی کی تپش بلند ہونے کی وجہ سے آبلے پیدا ہو گئے جن کے اندر خون آلود مصل موجود تھا۔ پس خشک یا مرطوب حرارت سے متاثر شدہ اشخاص کی لاشوں پر آبلے پیدا ہونے کے متعلق یہ نتیجہ اخذ کرنا چاہیئے کہ اگر آبلوں میں سیال کی کثرت پائی جائے اور آبلہ کے گرد ایک سُرخ کنارہ ہو، تو آبلہ یا تو دوران حیات میں پیدا ہوا ہے یا فوراً موت کے بعد۔

اگر جسم اس سے بھی بلند تر تپش کے زیر اثر رہا ہو، تو آبلے بالکل موجود نہ ہوں گے، اس صورت میں ممکن ہے کہ حرقہ کے کناروں سے کچھ سراغ حاصل ہو۔　218

اگر عدسہ یا خردبین کی مدد سے ادمہ کے عروق شعریہ سیاہی مائل بھوری جالی کی مانند نظر آئیں، تو اس سے یہ مستنبط ہوتا ہے کہ حرقات دوران حیات میں پیدا ہوئے تھے، اس حرقہ میں جو کہ لاش میں پیدا ہوتا ہے بالعموم یہ جالی نما منظر نظر نہیں آتا۔ لیکن اس علامت سے استفادہ کرنے میں تامل سے کام لینا چاہیئے۔ کیونکہ جسم کے ان حصص پر جہاں بعد الموت دھبے موجود ہوتے ہیں حرقہ سے ایک منظر پیدا ہو جاتا ہے جو اس کے مماثل ہوتا ہے۔ مزید براں یہ یقینی امر ہے کہ یہ جالی نما منظر زندہ اشخاص میں حرقہ کی بعض غیر مشتبہ اصابتوں میں مفقود رہا ہے۔ جب نرم حصے کامل طور پر جل کر سیاہ ہو گئے ہوں، تو یہ کہنا ناممکن ہوتا ہے کہ آیا حرقے موت سے قبل پیدا ہوئے تھے یا بعد میں۔

جسم پر موت سے قبل یا بعد پیدا شدہ ایسی اندرونی علامات، جو فارق ہوں، تعداد میں تھوڑی ہیں، اور ان کی نوعیت بہت امتیازی نہیں ہوتی ممکن ہے کہ خون سے کچھ سراغ حاصل ہو۔ اگر قلب کے خون میں بہت کاربن مانا کسائیڈ (CO) ہو تو یہ مسلّم ہے کہ جس فرد کی لاش سے یہ ماخوذ ہے، وہ تضررات پہنچنے کے وقت زندہ تھا۔ کیونکہ ہیموگلوبن کاربن مانا کسائیڈ سے زیادہ مقدار میں صرف اسی وقت ممزوج ہوتی ہے جبکہ پھیپھڑے اس گیس میں سانس لے رہے ہوں اور ہیموگلوبن پھیپھڑوں میں سے گذر رہی ہو۔ اس امتزاج کے لئے ضروری حالات بداہتہً لاش میں مفقود ہوتے ہیں۔ خون کے خالی آنکھ مناظر کو کاربا کسی ہیموگلوبن (carboxy-hæmoglobin) کی موجودگی کا ثبوت تسلیم نہ کرنا چاہئے۔ کاربا کسی ہیموگلوبن کی موجودگی کے اثبات کی یہ شرط ہے کہ خون کے طیف کا کاربا کسی ہیموگلوبن کے طیف کے ساتھ موازنہ کیا جائے، اور ترجیع کن عامل کے اضافہ کے بعد عدم ترجیع یا جزئی ترجیع کا ثبوت پایا جائے۔ حنجرہ یا قصبۃ الریہ میں دھویں یا کاربن کا ہونا دلیل ہے اس کی کہ تنفس اس وقت ہوا جبکہ آگ جل رہی تھی۔

حرقہ سے موت بالعموم **اتفاقیہ** ہوتی ہے۔ یا تو ذاتی تسبیب سے جو کہ فرد تک محدود ہوتی ہے، مثلاً اس وقت جب کہ کپڑوں کو آگ لگ جاتی ہے۔ یا عمومی تسبیب سے مثلاً اس وقت جب کہ کسی آباد عمارت کو آگ لگ جاتی ہے۔ اول الذکر قسم کے اتفاقیہ حرقہ کا شکار ہونے کا امکان بہ نسبت مردوں کے عورتوں میں زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ ان کے لباس کی نوعیت خاص ہوتی ہے، عموماً کپڑا جس کا لباس بنا ہوتا ہے سخت ہی آتشگیر ہوتا ہے، اور آگ کے ذرا سا تماس سے یہ ممکن ہے کہ اس کو آگ لگ جائے اور وہ شعلہ زن ہو جائے۔ مصابہ خطرہ سے بھاگنے کے جبلتی اضطرار کی وجہ سے ادھر ادھر دوڑتی ہے، جس سے شعلے اور بھی بھڑک اٹھتے ہیں۔ اس قسم کے حادثات لبا اوقات لڑکیوں کو پیش آتے ہیں جو لباس رقص پہنے ہوئے ہوتی ہیں جو کہ بالعموم نہایت ہی آتشگیر مادہ سے بنا ہوتا ہے۔ اور قبل اس کے کہ شعلہ فرو ہو یا بجھایا جائے، ممکن ہے مہلک نقصان

ہو جائے۔ ایک اور خطرہ پیرافنی لمپوں (parraffin lamps) کا الٹ جانا یا بھک سے اُڑ جانا ہے۔ اکثر اوقات بچے آگ یا دیا سلائی کے ساتھ کھیلتے کھیلتے جل گئے ہیں۔

حرقہ سے جو اموات ہوتی ہیں لڑکوں اور لڑکیوں میں ان کی تعداد میں معتد بہ فرق پایا جاتا ہے، جیسا کہ ذیل کے اعداد سے ظاہر ہے جو کہ انگلینڈ اور ویلز کے رجسٹرار جنرل (Registrar General) کی روئداد برائے ۱۹۰۶ء تا ۱۹۱۱ء سے مرتب کئے گئے ہیں۔

عمر	لڑکے	لڑکیاں
۰ سے ۱	۲۱۴	۲۳۴
۱ سے ۲	۴۴۳	۴۶۶
۲ سے ۳	۸۴۰	۶۲۳
۳ سے ۴	۵۸۰	۷۲۹
۴ سے ۵	۳۶۸	۷۷۵
۵ سے ۱۰	۳۸۹	۱۴۲۷
۱۰ سے ۱۵	۴۷	۳۶۹
۱۵ سے ۲۰	۳۲	۲۶۱

یہ دیکھا جائے گا کہ تین سال کی عمر کے بعد لڑکوں کی شرح اموات میں ایک نمایاں تخفیف ہو جاتی ہے۔ لیکن لڑکیوں میں شرح اموات ۵ سال کی عمر تک بڑھتی چلی جاتی ہے اور پھر جو تخفیف ہوتی ہے وہ نہ تو ایسی سریع نہ ایسی زیادہ ہوتی ہے۔ یہ فرق بلاشبہ اس امر کا نتیجہ ہے کہ صنفین مختلف طرز کا لباس پہنتے ہیں۔ نیلے اوپر پیٹی کوٹ (pettycoat) سکرٹ (skirt) اور پنافور (pinafore) کا ہونا جنکو ہوا کی حائلہ تہیں جدا کر رہی ہوں، ایک نہایت ہی آتشگیر ترتیب ہے۔ لڑکوں کی تعداد اموات میں عین اس عمر میں کمی واقع ہوتی ہے جب وہ اس لباس کو چھوڑ کر مردانہ لباس اختیار کرتے ہیں۔ بخلاف اس کے لڑکیوں میں سن شعور ہونے تک کمی ظاہر نہیں ہوتی۔ اور اس کے بعد

بھی زمانہ بلوغت کے آخیر تک تعداد اموات زیادہ ہی رہتی ہے۔

حالیہ سالوں میں رجسٹرار جنرل (Registrar General) نے احتراق سے واقع شدہ ان اموات کو جن میں فلالین کے کپڑے زیب تن تھے، اور ان اموات کو جن میں کپڑے کسی دیگر شے کے بنے ہوئے تھے، الگ الگ مجدول کیا ہے، تاہم وارداتوں کی ایک معتد بہ تعداد میں میٹریل (material) کی نوعیت کی کوئی اطلاع حاصل نہیں ہوئی۔ ان دونوں گروہوں کی مختلف عمروں میں سنہ ۱۹۰۹ء میں کیا تعداد اموات تھی، اس کو ذیل کی جدول سے ظاہر کیا گیا ہے۔

فلالینی لباس

عمر	لڑکے	لڑکیاں
۰ سے ۱	۳	-
۱ سے ۲	۳	۵
۲ سے ۳	۵	۲
۳ سے ۴	۴	۸
۴ سے ۵	۲	۱۴
۵ سے ۱۰	۲	۲۳
۱۰ سے ۱۵	×	۳
۱۵ سے ۲۰	×	۴

دوسرا لباس جس کی توضیح نہیں کی گئی۔

عمر	لڑکے	لڑکیاں
۰ سے ۱	۳	۸
۱ سے ۲	۱۳	۸
۲ سے ۳	۳۱	۲۱
۳ سے ۴	۱۸	۳۰
۴ سے ۵	۱۶	۴۳
۵ سے ۱۰	۱۳	۸۶

۱۰ سے ۱۵	۶	۳۷
۱۵ سے ۲۰	۲	۳۶

یہ جدولیں صاف صاف بتاتی ہیں کہ بچوں میں احتراق سے واقع شدہ اموات میں اس امر کی بہ نسبت کہ لباس کس نوعیت کے میٹریل (material) کا بنا ہے، طرز لباس ایک قوی تر عامل ہے۔

کمسن بچوں میں اتفاقیہ سموط (scalding) ہونا ایک عام امر ہے۔ یہ اس طرح ہوتا ہے کہ بچہ کسی چائے کی کیتلی یا چائے دانی کو جس میں پانی ابل رہا ہوتا ہے، اپنی طرف کھینچ لیتا ہے اور اس کے مشمولات بچہ پر گر جاتے ہیں۔ کبھی کبھی بچہ کسی چائے دانی میں سے جس کے اندر نہایت گرم سیال ہوتا ہے سیال پی لیتا ہے، جس سے اندرونی سموط ہو جاتا ہے۔ اتفاقیہ احتراق اور سموط کی واردات میں عمر بالغوں میں زیادہ تر ایسے فنون کی انجام دہی میں پیش آتی ہیں جو اپنے اندر خاص خطرہ رکھتے ہیں، مثلاً یہ دھات ڈھالنے والوں، شراب کشید کرنے والوں کو پیش آتی ہیں۔

عمومی تسبیب کا اتفاقی مہلک احتراق نجی مکانات کی بہ نسبت، ہوٹلوں، تماشہ گاہوں اور دیگر پبلک عمارات میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ جب لوگوں سے بھری ہوئی تماشا گاہوں اور ایوانہائے عامہ میں آگ لگتی ہے، تو اموات کی ایک کثیر تعداد کا سبب یہ ہوتا ہے کہ بہت سے آدمی ایک ہی دروازہ سے نکلنے کی کوشش کرتے ہیں اور وہ ایک دوسرے سے ملکر سینہ کا میکانی بھنچاؤ پیدا کر دیتے ہیں جس سے اختناق پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز یہ سبب بھی ہے کہ کاربن مانا کسائیڈ (CO) دم کشیدہ ہو جاتی ہے۔

جب کسی ایسی لاش کے متعلق جو کہ جزئی طور پر خاکستر شدہ پائی گئی ہو قتل کے امکان پر غور و فکر کی ضرورت ہوتی ہے، تو تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے کہ مقتول کسی اور ذریعہ سے ہلاک ہوا ہوتا ہے، اور آگ صرف جرم کو چھپانے کی خاطر کام میں لائی جاتی ہے۔ اگر اس سوال کا کہ "کیا موت آتش کا نتیجہ ہے" نفی میں جواب دیا جا سکتا ہو، تو اس سے قتل کا گمان پیدا ہوتا ہے، تا وقتیکہ قتل کے

خلاف شہادت حاصل نہ ہو۔ اگر لاش بہت زیادہ خاکستر نہ ہو چکی ہو، تو ممکن ہے کہ تشدد کی علامات دکھائی دیں، مثلاً آتشیں اسلحہ سے پیدا شدہ زخم، جمجمہ کے کسر شگافیدہ زخم، تخنیق کے نشانات۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جن عمارات کو آگ لگتی ہے، ان پر سے بسا اوقات پتھر، اینٹیں اور سلیں (slates) گرتی ہیں، جو ممکن ہے کہ کسی زندہ یا مردہ شخص کے سر پر لگ کر اس کے جمجمہ کو پھوڑ ڈالیں، اور آگ بجائے خود بھی جمجمی ہڈیوں میں انشقاقات اور کسور پیدا کر دیتی ہے۔ انتہائی حرارت میں ایسے تضررات پیدا ہو جاتے ہیں، جو شگافیدہ زخموں سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، یہ ہمیشہ تو نہیں لیکن بالعموم مفاصل کے خموں پر پائے جاتے ہیں۔ کرلنگ (Curling) نے ایک واقعہ کا مشاہدہ کیا تھا جس میں عروق اور اعصاب، جلد اور اس کے نیچے کی ساختوں کی درزوں کے وارپار اسطور پر گذرتے تھے، کہ جس سے یہ امر خارج از بحث ہو جاتا تھا کہ یہ درزیں کسی کاٹنے والے اوزار سے پیدا ہوئی ہیں۔ ایک سے زیادہ مرتبہ ایسا ہوا ہے کہ ایک ایسے جسم پر جو قریب قریب خاکستر ہو گیا ہے، تخنیق کے نشانات صاف صاف نظر آئے ہیں۔ ایک دس سالہ لڑکے کی لاش ایک جلتے ہوئے جھونپڑے میں پائی گئی، [illegible] Chapo[illegible] نے کاربن شدہ باقیات کا معائنہ کیا، اور قاتلانہ تخنیق کی علامات پائیں یعنی گردن کے سامنے کے حصے کے گرد ایک واضح میزاب پایا، جو کہ اوپر اور نیچے کی سیاہ شدہ اور آبلہ دار سطح سے خوب متمیز تھا۔ نشان کے محفوظ رہنے کا یہ سبب ہے کہ مضیق واسطہ گردن کے گرد پڑا رہتا ہے، یعنی یہ واسطہ اپنے نیچے کی گردن کی حفاظت کرتا ہے۔ اگر جسم کے آتش کے زیر اثر آنے سے قبل ڈوری کو دور کر دیا جائے، تو غالباً یہ نشان بھی معدوم ہو جائے گا۔

جو لاشیں آگ سے جزئی طور پر خاکستر شدہ ہوتی ہیں، ان کی شناخت اس امر کے لحاظ سے آسان یا مشکل ہوتی ہے کہ ان کو کس درجہ کا تضرر پہنچا ہے۔ یہ امر کہ اس تفتیش کو کس طریق کار کے مطابق انجام دیا جاتا ہے، "مردہ کی شخصی شناخت" کے

215

Vierteljahrsschr . f. ger. Med., 1870 ؎

باب میں بیان کیا گیا ہے ۔ یہ ذہن نشین رکھنا چاہئیے کہ اگر لاش جزئی طور پر خاکستر ہو، تو اس کے وزن اور جسامت میں کسی قدر معتد بہ تخفیف ہو جاتی ہے۔ باقیات میں غور سے ایسی دھاتی اشیا کی تلاش کرنا چاہئیے کہ شناخت کرنے کے لئے ان سے شہادت حاصل ہو، مثلاً کنجیاں، انگوٹھیاں، گھڑیاں اور خاصکر طلائی صحفے (plates)، جن کے ساتھ مصنوعی دانت چسپاں ہوتے ہیں۔

فوق الفطرت احتراق پذیری

معمولی حالات میں لاش آگ سے بمشکل خاکستر ہوتی ہے، اور قبل اسکے کہ نرم ساختیں کاربن بنیں، ایک طویل عرصہ تک بلند درجۂ تپش قائم رہنا ضروری ہوتا ہے۔ استثنائی طور پر ایک اس کے بالکل متضاد کیفیت بھی پائی جاتی ہے، یعنی لاش اس آسانی سے خاکستر ہو جاتی ہے کہ اس پر "احتراق از خود" کے لفظ کا اطلاق کیا گیا ہے۔ یہ تو شروع ہی میں تمہید کے طور پر ہم کو کہ دینا چاہئیے کہ "از خود" کے لفظ کے استعمال کو جائز قرار دینے کے لئے کوئی شہادت موجود نہیں لیکن اس میں شک نہیں کہ شاذ صورتوں میں ایک انتہائی درجہ کی احتراق پذیری پائی جاتی ہے، جس پر فوق الفطرت احتراق پذیری کی اصطلاح کا زیادہ صحت کے ساتھ اطلاق ہوتا ہے۔ اس مظہر کی ندرت یہ ہے کہ جن لاشوں میں فوق الفطرت احتراق پذیری پائی جاتی ہے ان کے جلنے کے لئے، بجز اس حرارت کے جو خود بافتوں سے حاصل ہوتی ہے، کسی اور ایسی حرارت کی جو دیگر احتراق پذیر مادہ سے ماخوذ ہو، ضرورت نہیں ہوتی۔ ایسی لاش اگر کسی چوبی فرش پر پڑی ہوئی جلتی ہو، تو فرش کا محض وہ رقبہ جو کہ لاش سے متماس ہوتا ہے، ذرا سا سیاہ ہو جاتا ہے۔ طبعی حالت کے یہ سراسر خلاف ہے، اس میں نرم ساختیں نہ صرف یہ کہ از خود (یعنی محض دیا سلائی لگانے سے) نہیں جلتیں، بلکہ اس سے قبل کہ وہ تباہ ہوں، ان کے لئے ان کے وزن سے کئی گنا زیادہ ایندھن کے صرفہ کی ضرورت ہے، اور اگر یہ ساختیں جزئی طور پر

خاکستر ہو چکی ہوں، تو آگ ہٹا لینے پر فوراً جلنا موقوف کر دیتی ہیں۔ پس اس سے یہ نتیجہ اخذ کرنا چاہیئے کہ فوق الفطرت احتراق پذیری میں کوئی استثنائی کیمیاوی تغیر واقع ہوتا ہے، اور اس سے بعض حاصلات پیدا ہو جاتے ہیں، جو ان حاصلات کی بہ نسبت، جو انسانی جسم میں طبیعی طور پر موجود ہوتے ہیں زیادہ احتراق پذیر ہوتے ہیں۔

اس استثنائی عمل کے موضوع بالعموم ضخیم، پھولے ہوئے، اور شراب کے بہت عادی ہوتے ہیں۔ ایسی مستثنیات بھی دیکھی گئی ہیں جن میں موضوع، دبلے پتلے اور اعتدال پسندانہ عادت رکھتے ہیں۔ موضوع تقریباً ہمیشہ درمیانی عمر سے اوپر ہوتے ہیں۔ سرگزشت عموماً یہ ہوتی ہے کہ فرد، اس وقت جبکہ واقعہ پیش آیا، کسی محفل عیش میں شریک تھا۔ اور واقعہ سے چند گھنٹے قبل جب اسے آخری مرتبہ دیکھا گیا تو اس پر شراب کا کم و بیش گہرا اثر تھا۔ الکحل اور فوق الفطرت احتراق پذیری کا اس قدر ربط پایا جانا اس مفروضہ کا سبب ہوا ہے کہ علت قریبہ الکحل ہو گی، لیکن تجربہ سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ یہ ناممکن ہے۔ جسگنیال[1] (Chassagniol) نے لاشوں کو الکحل میں بھگو کر رکھا اور کتوں کی اوردہ میں اس کا اشراب کیا، لیکن اس سے بافتوں کی احتراق پذیری میں کچھ زیادتی نہ ہوئی۔ اگر کسی نے کوئی پرانا مرضیاتی نمونہ جو سپرٹ میں مصئون ہو آگ میں پھینکا ہو، تو اس نے دیکھا ہو گا کہ جب الکحل جل چکتی ہے تو ٹھوس بافتیں تڑ تڑ کرتی ہیں اور آہستہ آہستہ جل جاتی ہیں، بالکل اسی طور پر جس طرح کہ تازہ حالت میں جلتی ہیں۔ فوق الفطرت احتراق پذیری کا سبب بداہتہً جسم میں ایک ایسی شے کا بن جانا ہے کہ جو ایک مرتبہ آگ لگا نے پر، تنہا جلنے کی قابلیت رکھتی ہے۔ یہ شے اندر ہی اندر نہیں بلکہ شعلہ نکال کر جلتی ہے، جیسا کہ متعدد مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ جن میں اس طور پر جلنے والی لاشوں سے شعلے نکلتے دکھائی دیئے ہیں۔ یہ نہایت ہی غیر اغلب امر ہے کہ یہ شے ان ٹھوس بافتوں یا سیالات میں سے ہو کہ جن میں کیمیاوی تغیر واقع ہو جاتا ہے، کیونکہ مردہ یا زندہ جسم کے اندر خاصیت کا ایسا مکمل

216

[1] Bull. Soc. de. Chirurgie de Paris, 1874.

تغیر واقع ہوجانا ایک عدیم المثال امر ہے۔
سب سے زیادہ قرین قیاس یہ معلوم ہوتا ہے کہ یا تو تحلیل کے استثنائی طور پر عاجل اور غیر طبعی اعمال شروع ہوجاتے ہیں، یا کسی اور طرح آتشگیر گیسی حاصلات بن جاتے ہیں، جن کو خارج ہوتے ہی اتفاقاً آگ لگ جاتی ہے اور ان کی تحریق سے پیدا اشدہ حرارت باقیوں کو راکھ کر دیتی ہے گل[لہ] (Gull) نے ایک معنی خیز واردات کی اطلاع دی ہے کہ ایک بھاری بھر کم ضخیم پھولا ہوا گاڑیبان جس کو بے اعتدالی کی عادت تھی موسم سرما میں گائی ہسپتال (Guy's Hospital) میں شام کے نو بجے داخل کیا گیا اور داخل ہونے کے ایک دو گھنٹہ بعد مر گیا۔ اگلے دن ایک بجے معمولی گندیدگی کی کوئی امارت موجود نہ تھی، لیکن سارا جسم عجیب طور پر متمدد تھا۔ جلد اور اس کے نیچے کے حصص گیس سے بھرے ہوئے تھے۔ امارات گندیدگی نہ موجود ہونے کی وجہ سے یہ گمان کیا گیا کہ گیس خون سے خارج ہوئی ہے۔ جلد میں چھید کرنے پر گیس خارج ہونے لگی اور کاربریٹڈ ہائڈروجن (carburretted hydrogen) کی طرح شعلہ نکال کر جلنے لگی چنانچہ متمدد شدہ جسم میں بیک وقت ایک درجن شعلے اٹھ رہے تھے۔ اگر یہ آدمی اپنے گھر میں مر گیا ہوتا، تو اغلب ہے کہ اس نے اپنی آخری گھڑیاں کسی چھوٹے سے کمرے میں تنہا گزاری ہوتیں جس میں آگ موجود ہوتی۔ کیا عجب ہے کہ اس کے جسم کے گیسی اخراجات کو آگ لگ جاتی اور احتراق از خود کی ایک اور واردات کی اطلاع دی جاتی۔ فوق الفطرت احتراق پذیری کی ایک بہترین مثال آرچر[عہ] (Archer) نے بیان کی ہے۔ ایک بڑی عمر کی عورت، جس کو سخت بے اعتدالی کی عادت تھی اور جو ہر قسم کی سپرٹ (spirit) کثرت سے پیتی تھی، ایک چھوٹے سے مکان میں تنہا رہتی تھی۔ ایک روز صبح کو اس کے کمرۂ نشست کے بند روشندانوں میں سے دھواں نکلتا ہوا دکھائی دیا۔ دروازہ توڑ کر داخل ہونے پر یہ دیکھا گیا کہ ایک

لہ Med. Times & Gazette. 1885

عہ Brit. Med. Journ., 1905

کرسی کے سامنے فرش پر ٹوٹی ہوئی مکلس شدہ انسانی ہڈیوں کا ایک ہرم نما انبار ہے، اور انبار کی چوٹی پر ایک کھوپری ہے۔ ہڈیاں سب کی سب کامل طور پر مقصر اللون (bleached) اور شکستنی تھیں۔ نرم ساختوں کا ذرہ ذرہ راکھ ہو چکا تھا۔ اس کے باوجود باقیات سے تین فٹ کے فاصلہ پر بیز (baize) کے کپڑے سے ڈھکی ہوئی ایک میز تھی، جسے لو تک نہ لگی تھی۔ کمرے کا باقی فرنیچر (furniture) بھی صحیح و سالم تھا۔ یہ امر معنی خیز ہے کہ چھت اور دیواروں کا بالائی حصہ جھلسا ہوا تھا، جو بداہتہً شعلہ کا نتیجہ تھا۔

نام نہاد احتراق ازخود کی وارداتوں میں کوئی ایسی بات نہیں ہوتی جس سے یہ ظاہر ہو کہ احتراق شروع ہونے کے وقت موضوع زندہ تھا۔ بخلاف اس کے علامات جو پائی جاتی ہیں، وہ اس قسم کے مفروضہ کی نفی کرتی ہیں۔ اگر شکار زندہ ہوتا ہے، تو ضرور وہ گہرے الکحلی قوما کی حالت میں ہوتا ہے، ورنہ امداد کے لئے چیخ و پکار کی مثالیں درج ہوتیں، جو کہ مفقود ہیں۔ مزید برآں جسم میں آتشگیر گیسوں کا پیدا ہو جانا زندگی کی موجودگی کا نقیض نہیں۔ بیٹسن[۱] (Beatson) ایک آدمی کا واقعہ درج کرتا ہے، جسے بد بودار ڈکاریں آتی تھیں۔ ایک رات وہ بستر سے اٹھا، اور گھڑی دیکھنے کے لئے اس نے ایک دیاسلائی روشن کی۔ جس وقت وہ دیاسلائی کو پھونک مار کر بجھا رہا تھا، تو اس کے سانس میں آگ لگ گئی اور اتنی بلند آواز سے دھماکا ہوا کہ اس کی بیوی بیدار ہو گئی۔ یہ کوئی استثنا واقعہ نہیں ہے۔ مناٹ[۲] (M 'Naught) نے ثابت کیا ہے کہ خطۂ ہضمی میں آتشگیر گیسوں کی تکوین کا سبب عضوی تخمیر ہے، اور مردہ اجسام میں بھی ایسے گیسوں کی غیر طبعی تکوین کا بھی یہی سبب ہے۔ چنانچہ کیسہ دار ہوازاد عصیہ (bacillus capsulatus ærogenes) کے عمل سے ایک کیفیت پیدا ہوتی ہے، جس کا نام کف دار جگر (foaming liver) ہے۔ اس میں جگر موت کے بعد فوراً گیس سے متمدد پایا جاتا ہے، یہ گیس تراشیدگی کرنے پر نکل جاتی ہے، اور دیاسلائی دکھانے پر

217

---

[۱] Brit. Med. Journ., 1886

[۲] BritMed. Journ:, 1890

جل اٹھتی ہے۔ اڈمی[1] (Adami) نے ایک واقعہ درج کیا ہے کہ اس کو شکم کی حالت سے یہ خیال پیدا ہوا کہ مذکورہ بالا عصیبہ مریض کے مرنے سے ایک دن قبل پیدا ہونا شروع ہوگیا تھا۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ فوق الفطرت احتراق پذیری کی تمام مثالوں میں احتراق کا مقام آغاز دھڑ ہوتا ہے، اور سر اور جوارح بالعموم بچ جاتے ہیں، یا زیادہ سے زیادہ یہ کہ پاس کی حرارت سے متاثر ہو جاتے ہیں۔ رینالڈز[2] (Reynolds) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے اور مریض کی سرگزشت بھی بیان کی ہے اس میں شکمی دیوار مکمل طور پر سیاہ ہو چکی تھی، اور وسطی خط میں ایک ۸ انچ لمبا بڑا سوراخ موجود تھا۔ چہرے کی رنگت قرمزی تھی جیسی کہ آگ سے ہو جاتی ہے، لیکن چہرے پر آبلے نہ تھے۔ ہاتھ جو سر سے اوپر بسط شدہ تھے، جلے ہوئے نہ تھے۔ بازو جل کر آبلہ دار ہو گئے تھے لیکن سیاہ نہ ہوئے تھے۔ رانیں نیچے ہڈی تک اور گھٹنوں کے مقام تک جل چکی تھیں، جہاں احتراق ایکدم سے موقوف ہوگیا تھا۔ ظاہر ہے کہ احتراق شکم ہی سے شروع ہوا تھا لیکن اس مثال میں اس سے زیادہ نیچے پھیل گیا تھا کہ جتنا اکثر اوقات پایا جاتا ہے۔ مذکورہ بالا عورت پشت کے بل لیٹی ہوئی تھی۔ اس کی رانیں اور گھٹنے خوب خمیدہ تھے، اور اول الذکر پیٹ سے اچھی طرح متماس تھیں، اور پورے طور پر شعلوں کی زد میں آتی تھیں۔ رانوں کے مقدمی عضلات پر حرارت کا یہ اثر ہوتا ہے کہ وہ کوتاہ ہو جاتے ہیں، جس سے رانیں شکم کے قریب تر کھنچ آتی ہیں۔ احتراق یا تو موت سے ذرا پہلے یا ذرا بعد عمل میں آیا ہوگا کیونکہ گرد و پیش کے حصص میں آبلے اور التہاب کی امارات موجود تھیں۔

یہ قرین قیاس معلوم ہوتا ہے کہ فوق الفطرت احتراق پذیری کی وارداتوں میں زندگی کے دوران میں یا ان غیر طبعی تغیرات کی وجہ سے جو کہ فوراً موت کے بعد شروع ہوتے ہیں، شکم میں آتشگیر گیسیں بن جاتی ہیں۔ اس گیس کو اتفاقیہ

[1] The Montreal Med. Journ., 1896

[2] Med. Chron., 1891

آگ لگ جاتی ہے، اور گیس کی تحریق سے نرم بافتوں اور بالخصوص شحم کی تپش اس قدر بلند ہو جاتی ہے کہ وہ کاربن ہو جاتی ہیں، اور ان سے آتشگیر نوعیت کی گیس خارج ہوتی ہیں، ان کو بھی آگ لگ جاتی ہے۔

یہ امر دریافت کرنا باقی ہے کہ اس عمل میں الکحل کیا فعل سرانجام دیتی ہے۔ آیا اس کا طویل استعمال غیر طبعی تحولی اعمال، یا بافتوں اور بالخصوص ہضمی خطہ میں بعد الموت تغیرات پیدا کر دیتا ہے کہ جس سے آتشگیر حاصلات پیدا ہو جاتے ہیں یا آیا الکحل میں کوئی ایسی عجیب تحلیل واقع ہوتی ہے جس سے یہ خود بخود آتشگیر گیس مہیا کرتا ہے۔ اس کا جواب قیاس پر مبنی ہے۔ الکحل کے طویل استعمال میں اور جسم کی غیر طبعی درجہ کی احتراق پذیری میں اعداد و شمار سے جو قریبی ائتلاف آشکارا ہوتا ہے، اس سے یہ امر بہت اغلب نظر آتا ہے کہ علت اور معلول کی حیثیت سے ان کے درمیان اس سے زیادہ قریبی تعلق ہے کہ جتنا بعض ارباب سند نے قرار دیا ہے، جو کہتے ہیں کہ الکحل سے محض یہ ہوتا ہے کہ مریض بے ہوش ہو جاتا اور اپنے آپ کو بچانے کے ناقابل ہو جاتا ہے۔

یہ مضمون طبی قانونی اعتبار سے بہت اہمیت رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ قاتل مقتول کو قتل کر چکنے کے بعد اس کی لاش کو جلا کر یا جزوی طور پر جلا کر اپنے جرم کو چھپانے کی کوشش کرے۔ بعض مثالوں میں گرد و پیش کے حالات اس گمان کو تقویت دیتے ہیں کہ یہ فوق العادت احتراق پذیری کا واقعہ ہے اور اس میں مجرمانہ دخل اندازی نہیں ہوئی کہ جس کا ان حالات میں ادعا کیا جاتا ہے۔ یاد رکھنے کے قابل یہ نکات ہیں۔ صادق "از خود" احتراق میں، ان علامات کے سوا جو خود لاش میں پائی جاتی ہیں، آگ کے اثرات کی کوئی اور علامت شاذ و نادر ہی پائی جاتی [illegible] دھڑ خاص طور پر متاثر ہوتا ہے، اور جوارح کا بیشتر حصہ مصئون رہتا ہے۔ "خود" احتراق سے مکمل بافتی اتلاف ہو جاتا ہے۔ [illegible] ایک معمولی مردہ کی صورت میں خارجی ایندھن کی ایک معتد بہ مقدار صرف کئے بغیر کبھی انجام نہیں دیا جا سکتا جس کا ثبوت ضرور دستیاب ہوگا اس صورت میں یہ نہیں ہوتا کہ اثرات دھڑ میں محدود ہوں یا زیادہ نمایاں ہوں۔

218

وہ حرقات جو اکاّل سیالات سے پیدا ہوتے ہیں

اکاّل سیالات سے جو حرقات پیدا ہوتے ہیں اور طبی قانون داں کے مشاہدہ میں آتے ہیں، وہ تضرر رسیدہ شخص کے چہرہ یا دیگر حصص جسم پر کینہ وری سے سیال پھینکنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اس کے لئے معدنی ترشے اور کاوی قلیات کے تیز محلولات استعمال کئے جاتے ہیں۔ ان میں سب سے اول نمبر پر سلفیورک ترشہ (sulphuric acid) ہے یہاں تک کہ اس فعل کو ایک خاص نام دیا جاتا ہے یعنی "وٹیریل اندازی" (vitriol-throwing) ان اشیا میں ایک بھی ایسی نہیں کہ جو بقطع نظر نہایت ہی استثنائی حالات کے جسم پر پھینکنے سے موت کا موجب ہو، تاہم یہ ممکن ہے کہ اس سے سخت بدشکلی پیدا ہو جائے، اور بالواسطہ مہلک انجام واقع ہو۔

ان کی موثریت کے متعلق یہ کہنا چاہئیے کہ بے بلا وجہ نہیں ہے کہ بالعموم سلفیورک ترشہ (sulpuric acid) ہی استعمال کیا جاتا ہے۔ سلفیورک ترشہ نامیاتی مادہ پر بڑے زور سے حملہ آور ہوتا ہے، اور اگر اس سطح کو کہ جس پر یہ گرتا ہے پونچھ دیا جائے تو اس کے اکاّل عمل کو صرف جزئی طور پر ہی روکا جا سکتا ہے چنانچہ بالعموم یہی ایک مزیل الاثر علاج ہوتا ہے جو کہ وقت پر میسر ہوتا ہے۔ اگر سلفیورک ترشہ (sulphuric acid) کو مرتکز شکل میں سطح جسم پر پھینکا جائے، تو ایک بھورا سا اور سیاہ سا خشکریشہ (eschar) پیدا ہو جاتا ہے، لیکن اس کے لئے یہ ضروری نہیں کہ ترشہ تجارتی طاقت کا ہی ہو۔ البتہ اگر بہت ہی مرقق ہو تو پیدا شدہ نشان خاکستری ہوگا۔ نائٹرک ترشہ (nitric acid) زرد داغ یا زرد خشکریشہ (slough) چھوڑ جاتا ہے، یہ رنگ اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ البومن آسا اجسام پر ترشہ کے عمل سے زینتھو پروٹیک ترشہ (zanthoproteic acid) بن جاتا ہے۔ بعض اوقات مردہ جسم پر نائیٹرک ترشہ (nitric acid) کے دھبے خاکستری نظر آتے ہیں۔

ہائڈروکلورک ترشہ سے سفیدی مائل خاکستری دھبہ رہ جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ یہ پیدا نہ ہو۔ ہائڈروکلورک ترشہ بافتوں کے لئے اتنا تباہ کن نہیں کہ جتنا سلفیورک اور نائٹرک (nitric) ترشہ ہیں۔

ان تینوں ترشوں سے پیدا شدہ خشکریشوں میں بعض مناظر مشترک طور پر پائے جاتے ہیں۔ ان کی سطح ہموار اور نرم ہوتی ہے، جو کہ حراری حرقہ کی بے قاعدہ اور سخت سطح کے بالعکس ہے۔ آگ سے پیدا شدہ خشکریشہ کے گرد خرد نزدمونی عروق کے امتلا سے جو منطقہ پیدا ہوتا ہے، وہ ترشہ سے پیدا شدہ خشکریشہ میں مفقود ہوتا ہے۔

کاوی قلیات، البیومن نماؤں (albuminoids) اور شحموں پر محلّل اثر رکھتی ہیں۔ پوٹاش لائی (potash-lye) بافتوں پر خاص طور پر اکال اثر [illegible] اس کے اثر سے بافتیں متورم ہو جاتی ہیں، اور چھونے پر چکنی محسوس ہوتی ہیں، بعد ازاں یہ حصہ خشک اور مزاحم ہو جاتا ہے اور اس کا رنگ سیاہ ہو جاتا ہے، بالخصوص مردہ جسم میں۔ قلیات سے پیدا شدہ خشکریشوں کے گرد کوئی رد عملی منطقہ نہیں ہوتا، اسی طرح جس طرح کہ ترشوں کی صورت میں نہیں ہوتا۔

اگر سطح کا امتحان تضرر پہنچنے کے فوراً بعد کیا جائے، تو شائد اس امر کے متعلق کہ اکال کس نوعیت کا تھا، براہ راست شہادت حاصل ہو جائے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹا سا موئے شتر کا برش (جو پر پر چڑھا ہوا ہو) لیا جاتا ہے۔ اسے آب مقطر میں ڈبو کر سطح پر پھیرا جاتا ہے، اور پھر اس کے سیال کو نچوڑ کر ایک امتحانی نلی میں ڈال لیا جاتا ہے۔ یہ فعل دو ایک مرتبہ کیا جاتا ہے۔ اس سے جو سیال حاصل ہوتا ہے، اس کا امتحان کیا جاتا ہے، پہلے اس کیلئے کہ اس کا تعامل کیا ہے، اور اگر تعامل ترش ہو تو بعدہٗ اس کیلئے کہ ترشہ کی نوعیت کیا ہے۔ غالباً جلد کے نشانات اور کپڑوں کے دھبوں کے منظر سے اس امر کا سراغ حاصل ہوتا ہے کہ پہلے کس ترشہ کی تلاش کرنے کی ضرورت ہے۔

یہ بیان ان تضررات پر بھی صادق آتا ہے جو قلیات سے پیدا ہوتے ہیں، البتہ ان کے تعامل اور امتحان مابعد پر صادق نہیں آتا، لیکن یہ طریق عمل شاذ و نادر ہی کامیاب ثابت ہوتا ہے، کیونکہ قبل اس کے کہ اس کی آزمائش کا

219

موقعہ حاصل ہو متضرر حصہ کو غالباً پانی سے بخوبی دھو دیا گیا ہوگا۔ کپڑوں پر جو مختلف داغ پیدا ہوتے ہیں ان کی کیا صفات ہوتی ہیں اور ان کے امتحان کا کیا طریقہ ہے، یہ چیزیں سمومیات کی فصل میں بیان کی گئی ہیں۔

اگر متضرر حصے سے بلاواسطہ ثبوت حاصل نہ ہو تو یہ ایک نہایت ضروری امر ہے کہ اُس شہادت کی بنا پر سیال کی نوعیت دریافت کی جائے جو کہ کپڑوں سے حاصل ہوتی ہے کیونکہ اکال پھینک کر نقصان پہنچانے کا اقدام خواہ جسمانی تضرر کچھ بھی نہ پہنچے جرم سنگین قرار دیا جاتا ہے۔ اگر جسمانی تضرر موجود نہ ہو تو طبی گواہ سے اس سوال کا جواب طلب کیا جاتا ہے کہ آیا وہ شے جو کہ پھینکی گئی تھی اکال نوعیت کی تھی۔

باب ۲۳

میکانی تضررات اور زخم

جسم میں میکانی تشدد سے جو تضررات پیدا ہوتے ہیں قانونی معنوں میں وہ تقریباً کُل کے سب "زخم" کے عنوان کے تحت آجاتے ہیں۔ سرجن زخم کی جو تعریف کرتے ہیں، اسے قانون میں مندرجہ ذیل الفاظ کے اضافہ سے وسعت دی جاتی ہے "جو کوئی کسی بھی ذریعہ سے کسی شخص کو زخمی کرے گا یا اسے کوئی شدید جسمانی نقصان پہنچائے گا۔" اس فقرہ کے آخری جزو کی وجہ سے اب یہ واضح کرنے کی ضرورت نہیں رہتی کہ آیا فلاں تضرر زخم ہے یا نہیں لیکن زمانہ ماضی میں تقریباً ہر اس مقدمہ میں جو کہ شخصی تشدد کے معاملات سے متعلق ہوتا تھا، اس سوال کی وجہ سے سخت بحث و تمحیص ہوا کرتی تھی اور بسااوقات قصوروار شخص بآسانی

بچ جایا کرتا تھا۔

قطع نظر اس صورت کے کہ تضرر بدیہی طور پر نہایت شدید قسم کا ہو، غالباً اس امر کو دریافت کرنے کے لئے طبی شہادت کی ضرورت ہوگی کہ آیا متضرر شخص کی زندگی خطرے میں ہے یا نہیں اور آیا شدید جسمانی نقصان پہنچا ہے یا نہیں۔ ان سوالات کا جواب صرف اس طرح دیا جا سکتا ہے کہ تضررات کا اچھی طرح امتحان کیا جائے اور جو مناظر پائے جائیں ان کی عام تجربہ کی بنا پر تاویل کی جائے۔ اس موضوع کے لئے تضررات پر ان کے عمومی نقطہ نظر سے، اور اُن خاص اوصاف کے نقطہ نظر سے جو کہ تضرر پیدا کرنے والے حربہ کی نوعیت پر منحصر ہیں، غور کرنے کی ضرورت ہے۔

کوفتگیاں

(Contusions)

یہ ایک جامع اصطلاح ہے۔ اس میں ایسی اشیا کی چوٹوں سے پیدا شدہ جن سے جلد نہیں کٹتی، یا ناگہانی دباؤ سے پیدا شدہ، اور سادہ کوفتگی سے لیکر جس سے ادمہ کے چند عروق مشقوق ہوتے ہیں، مقام تضرر سے نیچے کی نرم بافتوں کے مکمل سوء تعضیہ تک، تضرر کے تمام درجات شامل ہیں۔ تمام کوفتگیوں میں ایک نتیجہ جو مشترک طور پر پایا جاتا ہے یہ ہے کہ خون دعاید رہوتا ہے۔ انصباب کی مقدار صرف چوٹ کی شدت پر منحصر نہیں ہوتی، بلکہ تشریحی ساخت بھی اس پر ایک معتد بہ اثر رکھتی ہے، یعنی وہ بافتیں خون کو زیادہ آزادی سے پھیلنے دیتی ہیں کہ جن کی ساخت کشادہ ہوتی ہے، بہ نسبت ان بافتوں کے جو مضبوط ہوتی ہیں۔ آنکھ کے خطہ پر چوٹ اس سے زیادہ دور تک پھیلی ہوتی ہے کہ جتنی مساوی قوت کی وہ چوٹ جو کہ ہتھیلی پر لگائی جائے۔ ایک مزید عامل عروق دموی کی حالت ہے،

220

اگر عروق دموی ماؤف ہوں، مثلاً پرپیورا (purpura) میں، تو خود بخود یا قلیل ترین دباؤ سے زیر جلدی نزفات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اکثر عورتوں میں کوئی مرض نہ ہونے کے باوجود قلیل ترین دباؤ سے کوفتگیاں (bruises) پیدا ہو جاتی ہیں۔ پلپلی بنیہ کی عورتوں میں درجہ تشدد کا اندازہ لگاتے وقت اس نکتہ کو یاد رکھنے کی ضرورت ہے کہ ان میں بازو کو نسبتہً نرمی سے گرفت کرنے پر کوفتگیاں پیدا ہو جاتی ہیں، جو انگوٹھے اور انگلیوں کے دباؤ کے مقامات ظاہر کرتی ہیں، اور جن کو آسانی سے وافر تشدد کی جانب منسوب کیا جا سکتا ہے۔ جب خون کا انصباب جلد کے اندر یا اس کے بالکل نیچے پایا جائے، تو جو بدرنگی پیدا ہوتی ہے، اس کا رنگ نیلا سیاہ ہوتا ہے۔ پیپر[1] (Pepper) نے اس امر کی جانب توجہ مبذول کرائی ہے کہ بسا اوقات اوپری زیر جلدی وعائی دریدوں میں موت کے بعد ایک لونی تغیر واقع ہو جاتا ہے، پہلے ان کا رنگ نیلا سا سیاہ ہوتا ہے اور بعد میں پیازی یا قرمزی ہو جاتا ہے۔

اوپری کدمات اپنی تسبیب سے چند منٹ بعد نمودار ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ عمیق کدمات کئی دنوں تک نمودار نہ ہوں، یہ جب نمودار ہوتے ہیں تو ہمیشہ عین مقامِ تضرر پر نہیں ہوتے۔ اگر خون کا انصباب ایک دو ایسے نسبتہً بڑے عروق سے ہو، جو سطح سے کچھ فاصلہ پر ہوں، تو ممکن ہے کہ جلد میں بدرنگی بالکل نہ ہو، اور صرف جس کرنے پر تموّج کا احساس ہو۔

جلد کے بعض حصص میں شدید سے شدید تضررات پہنچنے کے بعد بھی خارجی کوفتگی کی امارات بالکل پیدا نہیں ہوتیں۔ ممکن ہے کہ چھکڑے کا پہیہ آدمی کے شکم پر سے گزر کر جگر اور دوسرے اندرونی اعضا کو مشقوق کر دے اور اس کے باوجود موت سے قبل یا بعد کدم کا خفیف ترین شائبہ بھی دکھائی نہ دے۔ ممکن ہے ایک ٹھوکر یا چوٹ مثانہ کو تو مشقوق کر دے لیکن اس کی کوئی ظاہری علامت نہ پائی جائے۔

[1] The Lancet 1887

اوپری کدمات (ecchymoses) جب جذب ہوتے ہیں، تو ان کے اپنے گرداگرد بھورے، سبز اور زرد رنگوں کا ایک حلقہ ظاہر ہوتا ہے، جو مدھم ہوکر طبعی جلدی رنگ کے ساتھ مل جاتا ہے۔ یہ مناظر جو ہیموگلوبن میں تغیر واقع ہونے کا نتیجہ ہیں، محیط میں شروع ہوتے، اور بدرنگ مقام کے مرکز کی جانب بتدریج بڑھتے جاتے ہیں۔ یہ اسکی شہادت مہیا کرتے ہیں کہ خون اس سے کہیں زیادہ پھیلا ہوا ہے، کہ جتنی دور تک پہلے معلوم ہوتا تھا۔ کدم سے کچھ فاصلہ پر کی جلد، جو کہ کوفتگی کے پہلے پہل پیدا ہوتے وقت بدرنگ نہیں تھی، اب لیموں کا سا رنگ (lemon colour) اختیار کرلیتی ہے، جو کہ ابتدائی بدرنگی کے زیادہ گہرے درجات سے مسلسل ہوتا ہے۔ ملتحمہ کے نیچے کے کدمات، چونکہ نہایت اوپری ہوتے ہیں اور چونکہ انکی پشت پر سفید صلبیہ ہوتا ہے، لہذا ان کا رنگ چمکیلا سرخ ہوتا ہے، اور جب یہ مدھم پڑتے ہیں تو بجز زرد ہونے کے ان میں کوئی لونی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ عمیق وعائی بدریوں میں، سوائے اس کے ان کی تیزی بتدریج گھٹ جاتی ہے، اور کوئی لونی تغیر ظاہر نہیں ہوتا۔

زخم

اس عنوان کے تحت شگافیدہ زخم، نخزی زخم اور دریدہ زخم آتے ہیں۔

شگافیدہ زخم وہ زخم ہیں جو کہ کاٹنے والے اوزاروں سے پیدا کئے جائیں یا ایسی اشیا سے پیدا کیے جائیں جو کم وبیش تیز دھار رکھتی ہوں، مثلاً ٹوٹے ہوئے شیشے یا ظروف چینی کے ٹکڑوں سے۔ ان کا طول بہ نسبت عرض کے زیادہ ہوتا ہے۔ زندگی میں لگے ہوئے شگافیدہ زخموں کی ایک صفت یہ ہوتی ہے کہ ان کے کنارے باز کشیدہ ہوجاتے اور باہر کی جانب مڑ جاتے ہیں، جس سے زخم کشادہ لب ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ امر بہت حد تک منحصر ہے جلد کی لچک پذیری اور اس پر کہ نیچے کی

توصیلی بافت اور عضلات کے ریشوں کی کیا سمت ہے یعنی آیا یہ شگاف کی اختیار کردہ سمت کے ستعرض ہے یا متوازی، جوارح میں ریشوں کا محور طول کی سمت جاتا ہے البتہ مفصلات کے قریب ایسا نہیں ہوتا۔ شگافیدہ زخم کے کناروں کی صفائی اور ہمواری کا انحصار اس امر پر ہے کہ زخم کس طور پر پیدا کیا گیا ہے، اور اس سے بھی زیادہ اس امر پر کہ جس شے کے ذریعہ یہ پیدا کیا گیا ہے اس کی نوعیت کیا تھی۔ چنانچہ ایک تیز چاقو سے جلد صاف اور باقاعدہ کٹتی ہے، اور اس چیر سے بہت مختلف ہوتی ہے جو کسی تیز نوک والے پتھر کے ذریعہ پیدا کیا گیا ہو۔

221

جب کوئی تیز چاقو جسمانی تضرر لگانے کی غرض سے عزم کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے، تو وہ تمام شرائط جو کہ ایک صاف شگاف کی پیدائش کے لئے سب سے زیادہ سازگار ہیں، پوری ہو جاتی ہیں، یعنی ایک موزوں اوزار کی مناسب دست ورزی۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ کوئی آدمی کسی تیز نوک والے پتھر پر گر کر اپنے آپ کو متضرر کرلے لیکن زخم کی باقاعدگی اور بالخصوص اس کے حواشی کی باقاعدگی کے لئے حالات بہت ہی کم سازگار ہوتے ہیں تیز جلد چونکہ نہایت ہی لچکدار ہوتی ہے لہٰذا یہ چاقو کے سامنے سے ہٹ جانے کا رجحان رکھتی ہے اور اس کے کاٹنے کے لئے آرہ کشانہ یا جاروب کشانہ حرکات درکار ہوتی ہیں، یہ ایک اتفاقی واقعہ ہوگا کہ ٹوٹے ہوئے ظروف گلیں کے ٹکڑے، یا پتھر کی نوک اس طور پر لگ جائیں جب شگافیدہ زخم ٹوٹے ہوئے ظروف وغیرہ پر گرنے کا نتیجہ ہوں، تو شکستہ نوک جلد کے اندر گھس جاتی ہے، اور کوئی ایسی حرکت جو اس کے صاف کاٹنے کے لئے درکار ہوتی ہے نہیں ہوتی، اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زخم کے حواشی کا کم وبیش کوفتہ منظر ہوتا ہے۔ یہ امر صرف اسی صورت میں تمیز کرنا ممکن ہے کہ زخم کا معائنہ اس کے لگنے کے تھوڑی ہی دیر بعد کیا جائے قبل اس کے کہ التہابی تغیرات واقع ہوں۔ ایسے شگافتہ زخم میں جو کند لیکن دندانے دار چاقو سے پیدا ہوا ہو، اور ایسے زخم میں جو تیز پتھر سے پیدا ہوا ہو امتیاز کرنا کوئی آسان امر نہیں ہے۔

تیز کاٹنے والے اوزاروں سے جو زخم پیدا ہوتے ہیں ان کے منظر میں

اور ان زخموں کے منظر میں جو کسی شخص کے ظروف شکستہ وغیرہ پر گرنے سے پیدا ہوتے ہیں، اختلاف پر بہت زور دیا گیا ہے، کیونکہ ان مقدمات میں، جن میں کسی کاٹنے والے اوزار کے ذریعہ مجروح کرنے کے جرم کا ادعا کیا جاتا ہے، بالعموم یہ عذر پیش کیا جاتا ہے کہ مستغیث الیہ کو قیدی نے ایک گھونسہ مار کر ایک تیز پتھر پر گرا دیا تھا جس سے اس کو زخم لگ گیا۔ یہ صحیح ہے کہ قیدی ہر دو حالت میں مجروح کرنے کا قصور وار ہے لیکن چاقو کا استعمال، فعل کی مجرمانہ نوعیت میں بہت بڑا اضافہ کر دیتا ہے۔

جسم کے بعض حصص پر، جہاں جلد بہت تنی ہوتی ہے اور جلد کے اور نیچے کی ہڈی کے درمیان کچھ نہیں ہوتا، مثلاً خدی (malar) ہڈی کے اوپر کی جلد پر انیساز خم جو کہ کسی مدور سخت شے مثلاً کرکٹ بال یا بند مٹھی کے متشدد دانہ مماسی تصادم سے پیدا ہوتا ہے، ایسے زخم سے جو کہ کسی کاٹنے والے اوزار سے پیدا ہو بدقت تمیز کیا جا سکتا ہے۔ جلد الراس پر ایسا ہی اثر آگ کریدنی (poker) یا پولیس کے لٹھ (policeman's trucheon) کی چوٹ سے پیدا ہوتا ہے۔ ان زخموں کا سبب یہ ہوتا ہے کہ جلد بزور تن جاتی ہے، اور منشقوق ہو جاتی ہے، یا پھٹ کر کھل جاتی ہے۔ ان زخموں کو جو جسم کے مذکورہ بالا حصوں اور اس طرح کے دوسرے حصوں پر پائے جائیں کسی کاٹنے والے اوزار کی جانب منسوب کرنے میں مناسب تامل سے کام لینا چاہیئے، اور اس تسبیب کا جو کہ اوپر بیان کی گئی ہے، امکان ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہیئے۔ جب ایسے زخم کو اس شئے لگائے جانے کے فوراً بعد دیکھا جائے تو ممکن ہے کہ عدسہ کے ذریعہ دقیق امتحان کرنے پر حواشی میں ایسی بے قاعدگیاں پائی جائیں جو اس امر کی نقیض ہوں کہ یہ کسی کاٹنے والے اوزار سے پیدا ہوا ہے، یا ممکن ہے کہ زخم کے عمیق تر حصوں میں بافت یا عروق کے ننھے ننھے پل (bridges) پائے جائیں۔

شگافتہ زخموں سے کس قدر نزف ہوتا ہے، یہ اس امر پر منحصر ہے کہ کٹے ہوئے عروق کی تعداد اور جسامت کیا ہے، یہ تعداد بالعموم معتد بہ ہوتی ہے۔ تازہ زخموں میں خونی تھکے پائے جاتے ہیں۔ اور توصیلی بافت جو منکشف

(exposed) ہوتی ہے، خون سے در ریختہ ہوتی ہے۔

مخروطی زخم۔ یہ وہ زخم ہیں جو کہ کسی چھیدنے والے اوزار سے بنائے گئے ہوں۔ ان کی گہرائی بہ نسبت طول کے بالعموم زیادہ ہوتی ہے۔ یہ امر کہ چھدے ہوئے زخم کس قدر زندگی کو خطرہ میں ڈالتے ہیں، مندرجہ ذیل باتوں پر منحصر ہے، ان کی مقامیت کیا ہے، یہ کس قدر گہرائی تک گئے ہوئے ہیں، جس اوزار سے وہ پیدا کئے گئے ہیں اس کی شکل اور جسامت کیا ہے۔ ایک باریک استقصائی سوئی کو بعض اعضا مثلاً جگر میں کئی بار داخل کیا جا سکتا ہے، بغیر اس کے کہ کوئی نقصان واقع ہو، حالانکہ کسی دوسری جگہ اس سے بھی باریک تر سوئی سے مہلک نتائج پیدا ہو سکتے ہیں۔ میگنن[1] (Magnon) نے ایک عورت کا قصہ بیان کیا ہے کہ اس نے بائیں جانب کی چھٹی بین ضلعی فضا میں پستان کے نیچے ایک معمولی سی پن، (pin) جو بمشکل $1\frac{1}{4}$ انچ لمبی ہوگی، گذار کر خودکشی کا ارتکاب کیا۔ موت کے بعد جب امتحان کیا گیا، تو قلب کے راس میں سات چھوٹے چھوٹے کوچے پائے گئے، اور گرد قلب (pericardium) کے اندر ۷ اور ۸ اونس کے درمیان خون موجود تھا۔

تیز دھار اور نوکیلے چاقو سے پیدا کیا ہوا مخروطی زخم، جلد میں ایک ایسا زخم چھوڑ جاتا ہے کہ جس کے حواشی تقریباً متوازی لیکن قدرے مقعر ہوتے ہیں اور دونوں سروں پر حادزاویوں پر ملتے ہیں۔ اگر چاقو یا خنجر دودھاری ہو تو مذکورہ بالا صورت حالات ہمیشہ پائی جاتی ہے لیکن اگر معمولی پھل ہو، یعنی اس کا ایک ہی کنارا تیز ہو، تو مذکورہ بالا صورت حالات بالعموم پائی جاتی ہے، بشرطیکہ پھل پشت کی جانب سے خاصہ موٹا نہ ہو۔ اگر پھل پشت کی جانب سے اپنی ساری لمبائی میں موٹا ہو، یا اگر اس طرح پر موٹا تو نہ ہو لیکن اس کو دستہ تک بھونک دیا جائے، تو زخم کا فتحہ فانہ نما ہوگا، جسکا ایک سرا ایک نہایت ہی حاد مثلث کا راس، اور دوسرا سرا اس مثلث کا قاعدہ بناتا ہے۔ جب کسی دودھارے یا ایک دھارے اوزار کو

---

[1] Comptes Reudus de la Societe de Biologie, 1890

ایک ہی مستوی میں بھونک کر نکال لیا جاتا ہے اور کوئی جانبی حرکت نہیں کیجاتی، تو سوراخ کا طول بہ نسبت اس اوزار کی چوڑائی کے جس سے وہ پیدا کیا گیا ہے، ذرا کم ہوتا ہے، کسی چھیدے ہوئے زخم کا کسی مشتبہ اوزار سے مقابلہ کرتے وقت مذکورہ بالا امر پیش نظر رکھنا ضروری ہے۔ اسی طرح یہ ایک خطرناک امر ہے کہ زندہ موضوع میں جلد کے وارپار زخم کے طول کا اور پھل کی نوک سے ایک مخصوص فاصلہ پر پھل کی چوڑائی کا باہم مقابلہ کر کے کسی وخز کی گہرائی کے متعلق کوئی قطعی رائے ظاہر کی جائے۔ زخم کی جسامت اور اس اوزار کے درمیان جس سے وہ پیدا ہوتا ہے، تخالف کا پایا جانا جلد کی لچک کا نتیجہ ہے۔ لچک سے یہ بھی ہوتا ہے کہ چاقو یا زخم کے بھونکے سے پیدا شدہ زخم میں جلد کے کنارے بیرون گردیدہ ہو جاتے ہیں، کیونکہ پھل کو نکالتے وقت اس کو جلد گرفت کر لیتی ہے۔ اگر اوزار ایک ہی مستوی میں بھونکا اور نکالا نہ جائے، تو جلد کے وارپار کا زخم پھل کی چوڑائی سے طویل تر ہوگا کیونکہ اہتزازی حرکت اس سے زیادہ جلد کاٹ ڈالتی ہے جتنی کہ پھل کے داخل ہونے کے لئے ضروری ہے۔ اگر جسم کے کسی حصہ کی کسی طویل پھل کے اوزار کے ذریعہ عبر تثبیت کر دی جائے، تو بہ نسبت اولی دہنہ کے ثانوی دہنہ چھوٹا ہوگا، اور اس کے کنارے بیرون گردیدہ ہوں گے۔

متدیر مستعرض تراش والے نوکیلے اوزاروں مثلاً بوچڑ کے چاقو سے جو نخرتی زخم پیدا ہوتے ہیں، ان کا خاکہ متدیر نہیں ہوتا۔ ایسے اوزار مخروطی خانہ کا کام کرتے ہیں، یہ بافتوں کو کاٹتے نہیں بلکہ مشقوق کرتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گول سوراخ کی بجائے ایک ایسا سوراخ بن جاتا ہے جو کہ چھری سے مشابہ ہوتا ہے۔ اس سوراخ کے طویل محور کی سمت کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ ان ریشوں کا جو کہ چھدی ہوئی بافتوں کی ساخت بناتے ہیں، کیا ممر ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ کسی اعضا کی اوپری ساخت کے ریشوں کے ممر کی سمت ساری سطح پر ایک ہی جیسی نہیں ہوتی، بعض اعضا میں ریشے متشعع ہوتے ہیں، اور بعض میں یہ ایک یا دو مراکز سے کسی قدر متدیر مرتب ہوتے ہیں۔ شیشہ کے یا اسی طرح کی دیگر اشیا کے تیز نوک والے ٹکڑوں سے جو نخرتی زخم پیدا

ہوتے ہیں ان کی صفت یہ ہوتی ہے کہ منثقوب جلد اور منثقوب بافتیں کٹی ہوئی بھی ہوتی ہیں اور مشقوق بھی ہوتی ہیں۔ زخم کے حواشی دندانے دار ہوتے ہیں اور ان میں کوفتگی کے نشانات پائے جاتے ہیں۔ لہٰذا ان کا منظر اس زخم کے منظر سے جو کہ کسی تیز نوک والے چاقو کے ذریعہ پیدا کیا گیا ہو مختلف ہوتا ہے۔ اسی طرح کے چھدے ہوئے زخم بعض صناعوں کے اوزاروں سے بھی پیدا ہوتے ہیں۔ رینی کا نوکیلا سرا جو چوبی دستے میں ٹھوکنے کے لئے ہوتا ہے اس کے کنارے کند مگر کاٹنے والے ہوتے ہیں۔ اگر اس اوزار کو بطور ایک خنجر کے استعمال کیا جائے یا یہ اتفاقیہ جلد کے اندر رکھب جائے تو اسکے کنارے بافتوں کو کاٹنے کی بجائے ان کو پھاڑ کر کھول ڈالتے ہیں بعض اوقات جب زخم کو پیدا کرنے والا اوزار مخصوص شکل کا ہوتا ہے تو زخم کا منظر اتنا ممیز ہوتا ہے کہ اس سے معلوم ہو جاتا ہے کہ کس قسم کا اوزار استعمال کیا گیا تھا۔

چھدے ہوئے زخموں سے زندگی کو خطرہ ہے یا نہیں منحصر ہے اس امر پر کہ خون کا کس قدر ضیاع واقع ہوا ہے۔ بیرونی نزف ممکن ہے مفرط ہو ممکن ہے ایسا ہو۔ لیکن اس وقت جب کہ زخم سے صرف ذرا سا خون بہ رہا ہو ممکن ہے ساتھ ہی اندرونی نزف بھی جاری ہو جس سے بسرعت موت واقع ہو جائے۔

223

زخمہائے دریدہ وہ زخم ہیں جو کہ بافتوں کو کاٹنے کی بجائے ان کو پھاڑتے ہیں۔ ایسا زخم اس طرح لگ سکتا ہے کہ کوئی فرد کسی سخت ابھار پر مثلاً کسی صندوق یا زینہ کی نوک پر تندی سے گرے یا کسی کیل یا نوکیلی خطاف میں ایسی ناگہانی حرکت کیساتھ اٹک جائے کہ سطحات پھٹ کر الگ ہو جائیں۔ زخمہائے دریدہ زاویہ منفرجہ والے اوزاروں مثلاً ہتھوڑے یا آگ کریدنی کے ذریعہ آدمی یا حیوانات ادنیٰ کے دانتوں کے ذریعہ یا کچلنے سے اور دیگر مختلف ذرایع سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

زخمہائے دریدہ کے امتیازی خصائص یہ ہیں: ان کے کناروں کی بے قاعدگی اور دندانہ دار متورم منظر۔ اگر یہ کسی کند دھار والی شئے کے تشددانہ تصادم سے پیدا ہوں تو زخم کے گرد کی جلد الکدم (ecchymosed)

ہو جاتی ہے، نیچے کی بافتیں کم و بیش بے تعضیہ ہو جاتی ہیں، اور اگر کوئی ہڈی سطح کے قریب ہو تو اس کے ٹوٹ جانے کا احتمال ہے۔ چپٹی سطح مثلاً سلون میکاڈم سڑکوں، منجمد زمین، یا برف پر بڑے زور سے گرنے سے دریدہ زخم پیدا ہو جاتے ہیں۔ بسا اوقات یہی عذر ان زخموں کی توجیہہ میں پیش کیا جاتا ہے کہ جن میں تشدد مجرمانہ ہونے کا شبہ ہوتا ہے۔ جسم کے بعض حصوں میں باقی حصوں کی بہ نسبت اس طور پر دریدہ ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے مثلاً بھوؤں سے اوپر کی جلد اور اس میں خدی ہڈی (malar bone) یا کسی خم کردہ جوڑ مثلاً زانو پر کی بافتوں میں۔ اکثر اوقات یہ تصفیہ کرنا مشکل بلکہ ناممکن ہوتا ہے کہ آیا یہ زخم براہ راست چوٹ سے پیدا ہوئے تھے، یا بالواسطہ اس سقطہ سے پیدا ہوئے تھے جو کہ چوٹ کا نتیجہ تھا۔ شاید زخم کی مقامیت سے کسی نتیجہ پر پہنچنا ممکن ہو۔ اگر زخم سر کے قمہ پر ہے، تو بہ نسبت سقطہ سے پیدا ہونے کے یہ زیادہ قرین قیاس ہے کہ یہ چوٹ سے پیدا ہوا ہو، اِلّا اس صورت میں کہ شخص بلندی سے گرا ہو۔ زخم میں کنکر یا مٹی ہونے سے اس مفروضہ کو تائید حاصل ہوتی ہے کہ یہ سقطہ ہی سے پیدا ہوا ہے۔ صرف زخم کا نہیں بلکہ لباس کا بھی بڑی احتیاط سے معائنہ کرنا ضروری ہے، اور بالخصوص ٹوپی (hat) کا اس وقت جبکہ متضرر حصہ سر ہو۔ اگر ٹوپی میں کوئی ایک ایسا چاک پایا جائے جو زخم سے منطابق ہو، اور اگر اس چاک کے حواشی پر کنکروں یا زمین سے ماخوذ کسی دیگر شے کی تہ موجود ہو جو کہ زخم پر بھی موجود ہو، تو اس سے اس امر کی قوی شہادت حاصل ہوتی ہے کہ تضرر سقطہ کا نتیجہ تھا۔

اگر وہ اوزار جس سے زخم کا پیدا ہونا بیان کیا گیا ہو، برآمد ہو جائے، تو اوزار کا امتحان نشانات خون، بالوں، اور متضرر شخص کے لباس سے ماخوذ ریشوں کے لئے کرنا چاہیئے۔ یہ تحقیق کرنے کے لئے کہ آیا یہ زخم مذکورہ بالا اوزار سے پیدا ہو سکتا تھا، زخم کے ساتھ اوزار کا دقیق مقابلہ کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات استعمال کردہ اوزار سے زخم میں اور اس کے قرب و جوار میں کوئی مخصوص نشان باقی رہ جاتا ہے مثال کے طور پر کسی آگ کریدنی کا کاجل، یا کسی ہتھوڑے یا آہنی سلاخ کا زنگ۔

بالعموم دریدہ زخموں سے خون اس آزادی سے نہیں بہتا جتنا کہ شگافتہ زخموں سے بہتا ہے، لیکن اگر دریدہ ساختیں نہایت ہی پرعروق ہوں تو ممکن ہے مہلک درجہ کا نزف واقع ہو جائے۔ بیرونی زنانہ اعضا کے بارے میں یہ بیان بالخصوص صادق آتا ہے، مہبل کے دریدہ زخم سے نزف ہونے کی وجہ سے موت واقع ہو چکی ہے۔ یہ زخم ایک پاؤں کی، جس میں آہنی کھڑاؤں یا موٹے تلے کا بوٹ پڑا ہوا تھا، تشدد آمیز ٹھوکر سے پیدا ہوا تھا۔

موت سے قبل اور اسکے بعد لگے ہوئے زخموں کے درمیان

امتیاز کرنا۔ زندگی میں پیدا شدہ کوفتگیوں کے خصائص امتیازی اس سے قبل بیان کئے جا چکے ہیں۔ اسی طرح کے زخم موت سے فوراً بعد بھی پیدا ہو سکتے ہیں، مزید براں ممکن ہے کہ ایسے مقامی تشدد سے جو کہ حیات کے آخری لمحوں میں پہنچایا گیا ہو جلد کے رنگ میں اس وقت تو کوئی تغیر نہ ہو لیکن موت کے بعد تغیر واقع ہو، لہذا یہ ہرگز نہ فرض کرنا چاہئے کہ کوفتگی کے نشان کی موجودگی اتفاقی تشدد لگنے کے بعد کچھ دیر تک حیات قائم رہنے کا ثبوت ہے۔ اس کوفتگی میں جو موت سے عین قبل پیدا ہو، اور اس کوفتگی میں جو فوراً بعد پیدا ہو عملی طور پر کچھ فرق نہیں ہے، کیونکہ جلد کے مشقوق عروق سے خون کا انصباب ہونے کا امکان موت سے کچھ دیر بعد تک موجود ہوتا ہے یعنی اس وقت تک جب تک کہ خون گرم اور سیال رہتا ہے۔ موت کے بعد قلبی نبضان نہ ہونے کی وجہ سے خون کثرت سے وعا بدر ہونے نہیں پاتا، لیکن قبل الموتی اور بعد الموتی زیر جلدی کدمات میں خون کی مقداروں میں جو فرق پایا جاتا ہے اس قدر غیر اہم ہوتا ہے کہ ان کی قبل الموت یا بعد الموت پیدائش کے متعلق کوئی رائے ظاہر کرنا ناممکن ہے۔ زندگی میں لگائی ہوئی کوفتگی کا جو منظر ہوتا ہے وہ موت سے تھوڑی سی مدت گزر جانے کے بعد مردہ جسم میں پیدا نہیں کیا جا سکتا۔ اگر تضررات لگنے کے بعد فرد دو ایک دن زندہ رہا ہو، تو کوفتگیوں کے حواشی پہ معمولی لونی تغیرات

224

دکھائی دیتے ہیں۔

موت کے بعد پیدا کردہ شگافتہ زخم، زندگی میں لگائے ہوئے شگافتہ زخموں سے اس امر میں مختلف ہوتے ہیں کہ ان میں لب کشادگی اور کثرت نزف نہیں پائی جاتی تھوڑی سی دیر زندہ رہنے سے ایک اور علامت کا اضافہ ہو جاتا ہے، یعنی زخم کے کنارے متورم ہو جاتے ہیں۔ اگر اس سے زیادہ دیر زندگی رہے، تو اعمال اندمالی کے نتیجہ کے طور پر ایسے تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جن سے اس امر کے متعلق کہ آیا زخم موت سے قبل پیدا ہوا تھا، تمام شکوک دور ہو جاتے ہیں۔ لب کشادگی چونکہ جلد اور لیفی بافت اور عضلات کی انقباض پذیری کا نتیجہ ہوتی ہے، لہذا یہ زندگی میں زخم لگنے کا کوئی قطعی نشان نہیں ہے۔ چنانچہ ایسے شگافتہ زخم کے کنارے جو کہ موت کے فوراً بعد لگایا گیا ہو، باز کشیدہ ہو کر زخم کو لب کشادہ کر دیتے ہیں۔ موت کے بعد جو باز کشیدگی ہوتی ہے وہ زندگی کی باز کشیدگی کی بہ نسبت کم ہوتی ہے، لیکن چونکہ ہوتی ضرور ہے، لہذا اظہار رائے میں کچھ نہ کچھ احتیاط برتنی چاہیئے۔ موت کے بعد ایک نہایت ہی قلیل مدت کے اندر اندر بافتوں کی انقباض پذیری ضایع ہو جاتی ہے، اس وقت یا اس کے بعد پیدا شدہ شگافتہ زخم ایک ایسی جھری کا منظر پیش کرتا ہے کہ جس کے کنارے ایک دوسرے کے نہایت ہی قریب ہوتے ہیں، اور جن میں بیرون گردیدگی کا کوئی شائبہ نہیں ہوتا۔ اگر اس کے کناروں کو جدا کیا جائے، تو بہت کم انصباب خون پایا جائے گا، یا بالکل نہیں پایا جائے گا، تا وقتیکہ کوئی بڑی ورید نہ کٹ گئی ہو، اور جو خون کہ موجود ہوتا ہے ممکن ہے وہ سیال ہو یا کم و بیش مرد یب ہو۔ فضائی بافتوں میں اگر کوئی دررختگی ہوتی ہے، تو وہ اس دررختگی کے مقابلہ میں جو حیات میں لگے ہوئے زخم میں واقع ہوتی ہے، خفیف تر ہوتی ہے۔ ایک حیات میں لگے ہوئے شگافتہ زخم کے ہم میں جو کٹی ہوئی ساختیں ہوتی ہیں، اگر ان میں کوئی متوسط جسامت کی شریان بھی شامل ہو، تو نزف ایک معتد بہ مقدار میں پایا جاتا ہے۔ اگر زخم موت کے بعد لگا ہو تو نزف نسبتہً غیر وقیع وریدوں تک محدود ہوگا، لہذا اس امر سے ایک قیمتی

علامت حاصل ہوتی ہے کہ جسم پر اور لباس پر اور اس سطح پر کہ جس پر جسم پڑا ہو، خون کی کس قدر مقدار موجود ہے کٹی ہوئی شریان سے خون کا اچھل کر فاصلہ پر گرنا اس امر کی امارت ہے کہ زخم دوران حیات میں لگا تھا لیکن ایسا صرف چھوٹی شرائین میں واقع ہوتا ہے۔ بڑی شرائین میں کٹے ہوئے سرے سے تھوڑے فاصلہ پر خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے، اس لئے خون اچھل کر دور تک نہیں جاتا۔ جب کسی چھوٹی شریان سے خون نکل کر کسی دیوار یا سامان آرائش کی چیز پر گرتا ہے تو وہ یہ منظر پیش کرتا ہے کہ چھوٹے چھوٹے دھبے یکے بعد دیگرے بن کر ایک خط بنا دیتے ہیں، یا ممکن ہے کہ ایک مخلوط تودہ کے گرد اگرد چھوٹے منفرد دھبے موجود ہوں اس سے زیادہ بڑی شریان کی دھار کسی قریب کی شئے پر پڑے تو ممکن ہے کہ خون کا چھڑکاؤ ہو اور اگر خون کافی سیال ہو تو یہ سطح کے ساتھ ساتھ ٹپک کر ایک انتصابی اور کم و بیش خطی نشان بنا دے۔

موت سے قبل اور موت کے بعد پیدا شدہ تخرزقی زخم وہی منظر پیش کرتے ہیں جو کہ جو ان حالتوں میں شگافتہ زخموں کا منظر ہوتا ہے موت کے بعد پیدا شدہ تخرزقی زخم سے جسم کے کہفوں میں کسی ایک میں خون کی ایک معتد بہ مقدار منصب ہو جاتی ہے، اس کی وجہ یہ ہے کہ کسی بڑی درید میں سوراخ ہو جاتا ہے۔

موت کے فوراً بعد پیدا شدہ دریدہ زخم وہی منظر پیش کرتے ہیں، جو کہ زندگی میں پیدا شدہ زخموں میں دیکھا جاتا ہے اگر یہ موت سے کچھ دیر بعد پیدا کئے گئے ہوں تو حواشی جو کہ شاید اکدم ہوتے ہیں متورم نہ ہوں گے۔

جب کسی ایسی لاش کا جس پر کوئی زخم ہو بعد الموت امتحان کیا جائے، تو سب سے پہلی بات جو کرنی چاہئے یہ ہے کہ کسی شئے کو درہم برہم کئے بغیر اس حصہ کا دقیق امتحان کیا جائے، اور ان تمام امور کو جو مشاہدہ کئے جائیں اسی وقت قلمبند کر دیا جائے۔ زخم کا بیرونی منظر کیا ہے اس کی جسامت اور مقامیت کیا ہے منصب خون کی مقدار کتنی ہے اور اگر لاش کا اسی جگہ معائنہ کیا جاتا ہے جہاں وہ شروع میں پائی گئی تو آس پاس کی اشیا پر خون کے چھڑکاؤ

سے دھبے پیدا ہوئے ہیں یا نہیں، ان سب امور کی طرف توجہ مبذول کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر خون موجود ہو، تو یہ مشاہدہ کرنا چاہیئے کہ آیا یہ مروب ہے، اور اگر ہے، تو آیا مضبوطی سے مروب ہے یا نہیں۔ طبی قانونی واردات میں ہمیشہ اس امر کی تحقیق کرنی چاہیے کہ آیا جیفی کرختگی یا بعد الموت دھبے موجود ہیں یا نہیں، زخم کے اندر کا معائنہ کرنا چاہیئے، اولاً یہ کہ آیا اس میں تھکے اور خون موجود ہیں یا اور آیا توصیلی بافت داغدار ہے یا نہیں۔ بعد میں زخم کی سمت دریافت کرنی چاہیئے۔ اگر وخزی زخم ہو تو ایک کند شمعہ (bougie) احتیاط کے ساتھ داخل کی جا سکتی ہے، لیکن عامل کو ایک سوال کے متعلق جو کہ اس سے بعد میں پوچھا جا سکتا ہے، جواب دینے کے لئے تیار رہنا چاہیئے، اور وہ یہ ہے کہ آیا ایسا کرنے سے اس نے زخم کی توسیع تو نہیں کر دی۔ اگر واجبی احتیاط سے کام لیا جائے تو کچھ خطرہ نہیں ہے۔ زخم کے عمیق تر حصوں تک اس طرح رسائی ہو سکتی ہے کہ شمعہ کی اختیار کردہ سمت میں تقطیع کی جائے، لیکن اگر ممکن ہو تو بیرونی فتحہ سے کچھ مداخلت نہیں کرنی چاہیئے۔ یہ اس وقت خاص طور پر ضروری ہوتا ہے، جب کہ وہ اوزار کہ جس سے زخم کا پیدا ہونا فرض کیا گیا ہے، برآمد نہ ہوا ہو۔ ممکن ہے کہ یہ بعد میں مل جائے، اس صورت میں اس کی بیرونی زخم سے تطبیق کی سخت ضرورت ہوگی۔ یہ دیکھنا چاہیئے کہ زخم کی گہرائی کیا ہے، اور یہ کن ساختوں میں سے گذرتا ہے، اشیاء غریبہ کا امکانی وجود بھی نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ اگر کوئی ہڈی متضرر ہو۔ تو بہتر ہے کہ ہڈی کو یا اس کے متضرر حصے کو نکال کر توثیقی شہادت کے طور پر رکھ لیا جائے۔

باب ۲۴

مخصوص زخم اور تضررات

سر اور شوکہ کے تضررات

چاندلی کا خطہ ان خطوں میں سے ہے کہ جہاں مدور یا زاویہ منفرجہ والی اشیا کی چوٹ سے ایسے زخم پیدا ہو سکتے ہیں جو کہ تیز کاٹنے والے اوزاروں کے زخموں سے شاہت رکھتے ہیں۔ مذکورہ بالا طریق سے چاندلی کا ایک پلا جدا ہو جاتا ہے اور جمجمہ ننگا رہ جاتا ہے۔ اگر غیر صحی التہاب موجود نہ ہو تو چاندلی کے غیر پیچیدہ زخم حیات کے لئے خطرناک ثابت نہیں ہونے۔ انذار میں دقت کا سبب بالعموم یہ ہوتا ہے کہ جمجمہ یا دماغ کے تضرر کی حیثیت سے امکاناً پیچیدگیاں پائی جاتی ہیں۔

جمجمہ کے تضررات زندگی کے لئے بعیدی طور پر یا فوری طور پر خطرناک ثابت ہوتے ہیں۔ بعیدی طور پر اس وقت ہوتے ہیں جب کہ سر کی چوٹ کے بعد ڈپلوئی (diploæ) میں التہاب واقع ہو جس سے تضرر پہنچنے سے دو تین ہفتے بعد عفونت الدم پیدا ہوتی ہے حالانکہ اس اثنا میں مریض بھلا چنگا معلوم ہوتا ہے۔ فوری نتائج جمجمہ کے اندر خون کی وعا بدری پیدا ہونے سے بھی مترتب ہوتے ہیں خواہ یہ وعا بدری جمجمہ اور ام جافیہ (dura) کے درمیان ہو یا عنکبوتیہ (arachnoid) میں ہو یا ام حنونہ (pia mater) میں ہو یا خود جرم دماغ کے اندر ہو، اور اس کی علامات دماغی ضغطہ کی علامات ہوتی ہیں یعنی تنفس اور نبض سست رفتار اور دقت طلب،

مکمل بے ہوشی اور پتلیوں کے تعامل کی عدم موجودگی جو پھیلی ہوئی یا سکڑی ہوئی یا غیر مساوی ہوتی ہیں۔ جب ایسی وعایدری سر پہ چوٹ لگنے کا براہ راست نتیجہ ہو، تو بالعموم جمجمہ مکسور ہوتا ہے۔ لیکن گاہے یہ صورت بھی پیش آتی ہے کہ کوئی آدمی جو عروق کے نمایاں انحطاطی تغیرات میں مبتلا نہیں ہوتا، یک بیک مار کر گرا دیا جاتا ہے اور بغیر اس کے کہ اس کا جمجمہ مکسور ہو، تھوڑی دیر بعد اس میں وہ مہلک علامات نمودار ہو جاتی ہیں جو کہ اوپر بیان کی گئی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں طبی رائے طلب کی جاتی ہے اس امر کے متعلق کہ آیا ضرب اور موت میں علاقہ علیت موجود ہے یا نہیں۔ متعرض جوف سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ مبتلا پایا جاتا ہے، اور اس سے شاذ تر یہ ہوتا ہے کہ ضربی تشدد سے کسر ہوئے بغیر ام حنونیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) میں نزف پایا جاتا ہے۔ موت کا یہ اسلوب لبا اوقات عادی شرابخوروں یا عمر رسیدہ اشخاص میں پایا جاتا ہے، دونوں قسم کے اشخاص میں عروق کی خود انشقاقی کا احتمال ہوتا ہے، جو کہ تضرر پہنچتے وقت واقع ہو سکتا ہے۔ اس قسم کی ایک واردات میں متوفی اس وقت جوش غضب میں تھا، اور وہ انتہا درجہ کا تشدد کرنا ہی چاہتا تھا کہ اس کے مخالف نے اسے ایک ایسا مکا مارا کہ جس سے وہ لڑکھڑا کر گر پڑا، بعدہٗ اس پر بے ہوشی طاری ہو گئی جو کہ موت پر ختم ہوئی۔ امتحان پر ایک منفطشدہ رگ سے واقع شدہ دماغی نزف پایا گیا، لیکن جمجمہ کے متضرر ہونے کی امارت بالکل نہیں تھی۔ ایسی اصابتوں میں بوقت واردات متوفی کی جو حالت ہوتی تھی، اسکی رعایت کرنے کی ضرورت ہے، اور اگرچہ یہ کوئی قطعی رائے نہیں تاہم یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ مسن اشخاص اور عادی شرابخوروں میں دماغی نزف کا سبب ذہنی جوش بھی ہو سکتا ہے۔ سر میں تضرر کی بعد الموت امارات خواہ ان میں کسر نہ بھی شامل ہو، اس امر پر دلالت کرتی ہیں کہ نزف کا سبب مقامی تشدد ہے۔ اس سے ظاہر ہے کہ کئی اصابتوں میں مخلوط تسبیب پائی جاتی ہے یعنی رگ انشقاق کیلئے پہلے سے مستعد ہوتی ہے، اور جس تشدد سے وہ مشقوق ہو جاتی ہے، وہ اتنے درجہ کا ہوتا ہے کہ جو طبعی حالت میں اسے متضرر نہ کر سکتا۔ ایسی اصابتوں میں طبی گواہ

226

پر واجب ہے کہ حصص کی حالت بیان کرے اور اسی پر اکتفا کرے تاوقتیکہ اس کے پاس یہ باور کرنے کے لئے عمدہ دلائل نہ ہوں کہ انشقاق ضرب کا نتیجہ تھا یا یہ کہ ضرب کا نتیجہ نہیں تھا۔

بعض اوقات اس امر سے کہ چوٹ یا سقطہ کے تاثرات سے بظاہر صحت ہو جاتی ہے اور ایک یا زیادہ گھنٹہ بعد مگر ربے ہوشی طاری ہو جاتی ہے جو کہ موت میں ختم ہوتی ہے، سوال اور بھی پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ قدرتی طور پر یہ عذر پیش کیا جاتا ہے کہ موت کسی اور علت کا نتیجہ ہوگی کیونکہ صحت کا وقفہ ثابت کرتا ہے کہ رگ کا انشقاق ضرب سے واقع نہیں ہوا ہوگا، ورنہ ہوش اور چلنے کی قوت دوبارہ نہ آتی لیکن یہ استنباط خلاف واقعہ ہے۔ کئی ایسی مثالیں ہیں کہ جن میں ضربی یا خودرو دماغی نزف شروع ہوا اور ایک حد تک بے ہوشی طاری ہوئی، پھر نزف عارضی طور پر بند ہو گیا، اور دماغ ضغطہ کے اثرات سے صحتیاب ہو گیا، اور مریض کو دوبارہ ہوش آ گیا، بعد ازاں اسی منبع سے از سر نو نزف ہوا اور چند گھنٹوں کے اندر اندر ہلاکت ہو گئی۔

ارتجاج دماغ (concussion of the brain) ایک اور طریقہ کہ جس سے بیرونی تشدد، جمجمہ کا کسر پیدا کئے بغیر موت کا موجب ہو سکتا ہے، ارتجاج دماغ ہے۔ جیسا کہ عام طور پر سمجھا جاتا ہے، ارتجاج دماغ سے فساد تعضیہ واقع نہیں ہوتا، لہذا امتحان لاش پر سبب موت کی کوئی علامت نہیں پائی جاتی۔ مہلک اصابتوں میں متضرر شدہ فرد یک بیک بے ہوش ہو جاتا ہے، اس کا تنفس کچھ دیر تک بے قاعدہ اور تغیر پذیر رہتا ہے، پھر بالکل بند ہو جاتا ہے۔ نبض غالباً شروع ہی سے غیر محسوس ہوتی ہے، سطح سرد ہوتی اور رد عمل کلیتہً مفقود ہوتا ہے۔ اس سے کم شدید اصابتوں میں بالعموم صحت ہو جاتی ہے۔

دماغ کی کوفتگی محدود المقام یا منتشر ہوتی ہے۔ پہلی نوع میں فساد تعضیہ (disorganisation) کے، یا دموی دعا بدر ہی کے ایک یا دو مراکز موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر صورت میں دعا بدریاں دماغ کے

پورے جرم میں اور شاید اس کی سطح پر بھی پھیلی ہوتی ہیں۔ فساد یا تو ضرب کی جگہ تک محدود ہوتا ہے، یا بوجہ نام نہاد ضرب متقابل (contre coup) کسی بالکل ہی مختلف حصہ میں پایا جاتا ہے، جمجمی قاعدہ کی بے قاعدہ ہیئت کے سبب سے سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ قاعدہ اور وسطی لختے مبتلا ہوتے ہیں۔ دماغی خراش کی علامات پائی جاتی ہیں، بالعموم بے ہوشی اور سخت بے چینی پائی جاتی ہے اور شائد تشنج یا بعض تشنجات پائے جاتے ہیں۔ اس سے خفیف تر اصابتوں میں ابتدائی علامات زائل ہو جاتی ہیں، اور مریض صحتیاب ہو جاتا ہے۔ لیکن انتہائی تغیرات واقع ہونے کا خطرہ موجود ہوتا ہے جو کہ ممکن ہے اغشیہ تک پھیل جائیں، اور بالآخر موت کا موجب ہوں۔ بعض مثالوں میں مریض کو صحت ہو جاتی ہے لیکن اس کو جزوی نسیان اور کسی قدر شلل ضرور رہتا ہے۔

جمجمہ کے کسور۔ یہ اس طرح تقسیم کئے جا سکتے ہیں، اوہ کسور جو کہ ایک چھوٹی سی ضارب سطح پیش کرنے والے اوزاروں سے پیدا ہوتے ہیں جنکی یہ سطح نوکیلی یا مستدیر یا چپٹی ہوتی ہے، اور وہ کسور جو کہ اس سے زیادہ بڑے رقبہ کی سطح کے متشددانہ تماس سے پیدا ہوتے ہیں۔ وہ کسور جو کسی محدود ضارب سطح والے بھاری اوزار مثلاً کسی تنگ سر والے ہتھوڑے کی چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں، بسا اوقات ان میں اوزار کے اس حصہ کی کہ جو ہڈی سے متماس ہوتا ہے، شکل نظر آتی ہے۔ اگر ضارب سطح مستطیل خاکہ کی ہو اور وہ ہڈی سے انتصابی سمت میں ایک معتد بہ معیار حرکت کے ساتھ ٹکرائے، تو اس کسر کی جو کہ پیدا ہوتا ہے، شکل بھی کم و بیش مستطیل ہوتی ہے، اور ہڈی کے جس حصہ پر ضارب سطح پڑتی ہے، وہ صدمہ کی شدت سے آگے دھکیلا جاتا ہے۔ یہ حصہ جو کہ جدا ہو جاتا ہے، اس آلہ کے معیار حرکت کو کلی طور پر جذب کر لیتا ہے، اس لئے گرد و پیش کی ہڈی پر نسبتہً بہت کم زور پڑتا ہے، اور وہ تضرر سے کم و بیش مکمل طور پر بچ جاتی ہے جب یہی آلہ جمجمہ پر کمتر معیار حرکت کے ساتھ پڑتا ہے تو ایک ایسا بے قاعدہ منخفض کسر پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کے ہمراہ گرد و پیش کی ہڈی میں سے گذرے ہوئے انشقاقات پائے جاتے ہیں۔ اگر جمجمہ کے باہر سے دیکھنے پر اس کسر کا خاکہ واضح طور پر متعین اور متمیز نظر آئے، تو سوراخ کے

227

پر واجب ہے کہ حصص کی حالت بیان کرے اور اسی پر اکتفا کرے تاوقتیکہ اس کے پاس یہ باور کرنے کے لئے عمدہ دلائل نہ ہوں کہ انشقاق ضرب کا نتیجہ تھا یا یہ کہ ضرب کا نتیجہ نہیں تھا۔

بعض اوقات اس امر سے کہ چوٹ یا سقطہ کے تاثرات سے بظاہر صحت ہو جاتی ہے اور ایک یا زیادہ گھنٹہ بعد مکرر بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے جو کہ موت میں ختم ہوتی ہے، سوال اور بھی پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ قدرتی طور پر یہ عذر پیش کیا جاتا ہے کہ موت کسی اور علت کا نتیجہ ہو گی کیونکہ صحت کا وقفہ ثابت کرتا ہے کہ رگ کا انشقاق ضرب سے واقع نہیں ہوا ہو گا، ورنہ ہوش اور چلنے کی قوت دوبارہ نہ آتی لیکن یہ استنباط خلاف واقعہ ہے۔ کئی ایسی مثالیں ہیں کہ جن میں ضربی یا خودرو دماغی نزف شروع ہوا اور ایک حد تک بے ہوشی طاری ہوئی، پھر نزف عارضی طور پر بند ہو گیا، اور دماغ ضغطہ کے اثرات سے صحتیاب ہو گیا، اور مریض کو دوبارہ ہوش آ گیا، بعد ازاں اسی منبع سے از سر نو نزف ہوا اور چند گھنٹوں کے اندر اندر ہلاکت ہو گئی۔

ارتجاج دماغ (concussion of the brain) ایک اور طریقہ کہ جس سے بیرونی تشدد، جمجمہ کا کسر پیدا کئے بغیر موت کا موجب ہو سکتا ہے، ارتجاج دماغ ہے۔ جیسا کہ عام طور پر سمجھا جاتا ہے، ارتجاج دماغ سے فساد تعضیہ واقع نہیں ہوتا، لہذا امتحان لاش پر سبب موت کی کوئی علامت نہیں پائی جاتی۔ مہلک اصابتوں میں متضرر شدہ فرد یک بیک بے ہوش ہو جاتا ہے، اس کا تنفس کچھ دیر تک بے قاعدہ اور تغیر پذیر رہتا ہے، پھر بالکل بند ہو جاتا ہے۔ نبض غالباً شروع ہی سے غیر محسوس ہوتی ہے، سطح سرد ہوتی اور رد عمل کلیتہً مفقود ہوتا ہے۔ اس سے کم شدید اصابتوں میں بالعموم صحت ہو جاتی ہے۔

دماغ کی کوفتگی محدود المقام یا منتشر ہوتی ہے۔ پہلی نوع میں فساد تعضیہ (disorganisation) کے یا دموی وعا بدری کے ایک یا دو مراکز موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر صورت میں وعا بدریاں دماغ کے

*
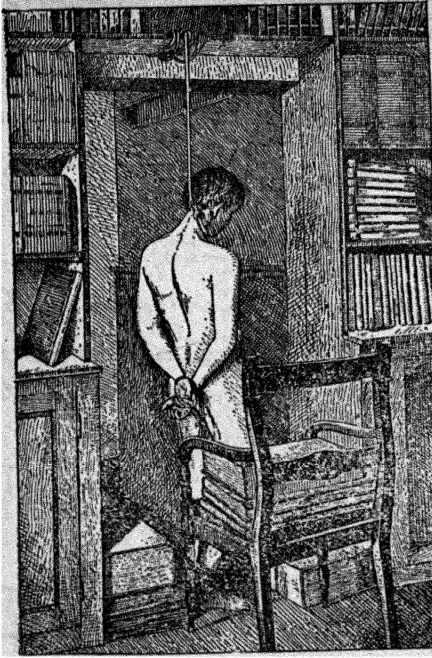
Fig. 17.
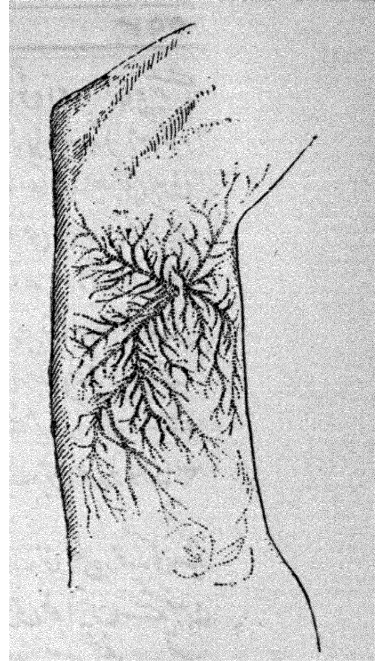
Fig. 18.
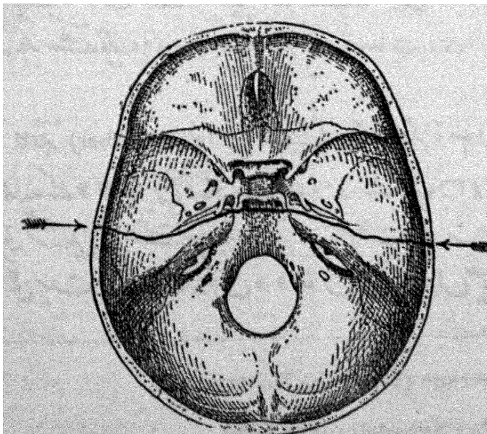
Fig. 19.—Fracture from bi-lateral compression.
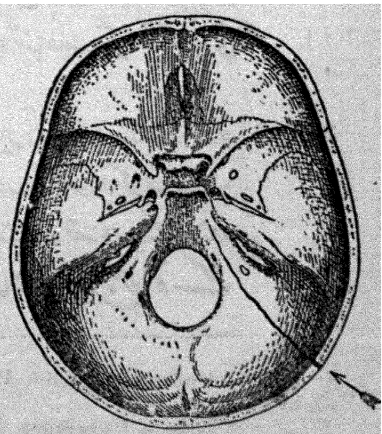
Fig. 20.—Fracture from one sided compression.

گرد و پیش اندرونی لوح سے چھپتیاں اتری ہوئی پائی جائیں گی اور اس وجہ سے
سوراخ بہ نسبت باہر کے رخ کے اندر کی جانب سے بہت زیادہ بڑا ہوگا۔
آگ کریدنی کے متدیر لٹو یا ایک "محافظ جان" (life-preserve) کے ذریعہ لگی ہوئی
سر کی چوٹ سے بھی ایسے کسور پیدا ہو سکتے ہیں کہ جو علتی آلہ کیا تھ اُنہی ہی مناسبت رکھتے
ہیں ۔ تضرر جو پیدا ہوتا ہے وہ باہر سے دیکھنے پر ایک مدور اور مقعر انخفاض
کی شکل کا نظر آتا ہے، اور اندر کی سطح پر ایک بے قاعدہ طور پر بنا ہوا مشقوق
ابھار دکھائی دیتا ہے کسی تیز نوک والے اور پتلے پھل والے اوزار مثلاً خنجر یا چاقو
سے جو جمجمہ کے ثاقب زخم پیدا ہوتے ہیں وہ یا تو پھل کی شکل اختیار کرتے ہیں یا کسی ایسے
منخفض کسر کی صورت اختیار کرتے ہیں جیسا کہ کسی نہایت ہی محدود ضارب
سطح والے آلہ کی چوٹ سے پیدا ہوتا ہے ۔
جمجمہ کے قاعدہ اور صاقورہ کے کسور جو بڑے تماسی رقبہ کی اشیا
کی ضرب سے یا فوری دباؤ سے پیدا ہوتے ہیں ان کی سمت چند طبیعی قوانین سے متعین
ہوتی ہے ۔ واہل[1] (Wahl) اور میسر[2] (Messere) سب سے پہلے شخص تھے
کہ جنہوں نے یہ ثابت کیا کہ اس قسم کے کسور کی پیدائش میں جمجمہ کی لچک کیا
حصہ لیتی ہے ۔ ان کے استنباطات، طبی قانونداں کے لئے انتہا درجہ
کی اہمیت رکھتے ہیں اور لاتعداد سریری مشاہدات سے ان استنباطات کی توثیق ہوگئی ہے۔

228　کاربر[3] (Korber) نے اس قسم کے کسور کو دو گروہوں میں تقسیم کیا ہے (۱) وہ
کسور جو جمجمہ کے دو جانبی دباؤ سے پیدا ہوتے ہیں (۲) اور وہ کسور جو کہ صرف
یک طرفہ تشدد برتنے سے پیدا ہوتے ہیں، اسوقت جبکہ سر چوٹ کے تصادم کے سامنے
بحیثیت کل ہٹ سکتا ہے ۔ ان دونوں گروہوں میں خط کسر پھیلاؤ کے

---

[1] Volkmann's klin, Vortrage (Chirurgie No.73), 1883

[2] Exper. Untersuch. über Schadelbruche 1884

[3] Deutsche Zeitschr, f. Chirurgie, 1890

محور کے متوازی جاتا ہے۔

(ا) پہلے گروہ کے کسور اس طرح سے پیدا ہوتے ہیں کہ جمجمہ دو متخالف قوتوں کے درمیان حائل ہو جاتا ہے یا اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ چوٹ لگاتے وقت جمجمہ پیچھے کو نہیں ہٹ سکتا، مثلاً اس وقت جب کسی لیٹے ہوئے شخص پر اوپر سے چوٹ پڑے جس کا سر زمین پر رکھا ہوا ہو یا جب کسی ایسے شخص کی پیشانی پر چوٹ لگے جو دیوار سے پشت لگائے کھڑا ہو۔ ان اصابتوں میں جمجمہ دو نقطوں یا قطبوں کے درمیان بھنچ جاتا ہے۔ یہ بھنچاؤ سب سے زیادہ خط استوا پر واقع ہوتا ہے، اور کسر اس جگہ سے شروع ہو کر دونوں قطبوں کی جانب پھیل جا سکتا ہے۔ بالفاظ دیگر یہ کسر قاعدہ یا قمہ (اور زیادہ کثرت کے ساتھ اول الذکر سے شروع ہوتا ہے) اور دو نقطوں کی جانب کہ جہاں دباؤ ڈالا جاتا ہے پھیل جاتا ہے۔ انشقاق اپنے نقطہ آغاز پر سب سے زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ کاربر (Korber) نے مختلف طریقوں سے پیدا کئے ہوئے جمجمہ کے کسور کے متعدد واقعات معہ تصاویر کے قلمبند کئے ہیں۔ ایک مثال میں کسی عورت کو اس وقت جبکہ وہ تکیہ پر سر رکھکر سوئی ہوئی تھی ایک موصل لگا اور وہ ہلاک ہوگئی۔ کسر جو کہ پیدا ہوا اسکا خط ایک کان سے دوسرے کان تک قاعدہ کے وار پار جاتا تھا۔ ایک اور مثال میں ایک آدمی بائیں کروٹ پر سویا ہوا تھا اور اسکو دائیں آنکھ کے قریب کلہاڑی کی چوٹ لگی۔ موت کے بعد اس کے جمجمہ کے قاعدے میں دائیں مجر سے دائیں جداری بروز تک ایک وتری کسر پایا گیا۔

اس گروہ میں وہ کسور بھی شامل ہیں جو (فرد کی ایستادہ حالت میں) قمہ (vertex) پر چوٹ لگنے کا نتیجہ ہوتے ہیں، جبکہ تقابل دباؤ کا ماخذ فقری عمود کی مزاحمت ہوتی ہے۔

(ب) اگر بھنچاؤ یک طرفہ ہو۔ مثلاً جب کسی شخص کو ایستادہ حالت میں سر کے ایک جانب کسی کند آلہ سے چوٹ لگے اور اس کا سر چوٹ سے حاصل کردہ معیار حرکت کے تحت پیچھے ہٹ سکتا ہو، تو کسر صدمہ کے مقام سے یا اس کے قریب سے شروع ہوتا ہے، اور بھنچاؤ کے محور کے متوازی سمت گذرتا ہے۔ یہ کسر وسطی خط سے شاذ و نادر ہی دور جاتا ہے، اور جوں جوں آگے جاتا ہے اس کی چوڑائی

کم ہوتی جاتی ہے مثال کے طور پر ایک آدمی کو بائیں صدغی خط پر ایک بڑے پتھر کی چوٹ لگی اور وہ وہیں گر کر مر گیا جس جگہ پر سر کو پتھر لگا تھا، وہاں ایک مفتت (comminuted) کسر پایا گیا، اور بائیں درمیانی حفرہ کے وار پار عرضی طور پر گزرتا ہوا ایک ضغطی کسر پایا گیا، جو تنگ ہوتا ہوا سرج ترکی (sella turcica) میں پہنچتا تھا اور وہاں ختم ہو جاتا تھا۔

جمجمہ کے ایسے کسر کے ہمراہ، کہ جس میں کسی محدود ضارب سطح والے آلہ کے ذریعہ کوئی ہڈی کا ٹکڑا اندر دھکیل دیا جائے ضغطی کسر بھی پایا جاسکتا ہے، اس صورت میں صدمہ اتنا ہوتا ہے کہ جمجمہ کو بھی بھینچ دیتا ہے اور اس کے ایک ٹکڑے کو بھی اندر دھکیل دیتا ہے ممکن ہے کہ یہ ضغطی کسر اس مقام سے جہاں چوٹ پڑی ہو کچھ فاصلہ پر واقع ہو، لیکن یہ چوٹ کی سمت کے متوازی گزرتا ہے۔

بعض مثالوں میں جمجمہ کی ہڈیاں استثنائی طور پر تپلی ہوتی ہیں اور بعض مقامات پر ایک مضبوط کاغذ سے زیادہ موٹی نہیں ہوتیں اس صورت میں ایک خفیف سی چوٹ کسر پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے، چونکہ فوجداری مقدمات میں بسا اوقات وافر پتلے پن کا عذر پیش کیا جاتا ہے، لہذا جب کسی ایسی لاش کا کہ جس کی ترکیبی ہڈیاں مکسور ہوئی ہوں، امتحان کیا جائے تو اس کے جمجمہ کے پتلے پن کا ہمیشہ خیال رکھنا چاہیئے۔

اگر کسی آدمی کو افتادہ حالت میں مار کر گرا دیا جائے اور وہ اس کے نتیجہ کے طور پر مر جائے اور اس کا جمجمہ مکسور پایا جائے تو یہ سوال پوچھا جاسکتا ہے کہ کیا یہ ممکن نہیں ہے کہ جمجمہ ہموار زمین پر گرنے سے مکسور ہو جائے؟ جواب یہ ہے: ممکن ہے بشرطیکہ زمین سخت اور نہ دبنے والی ہو۔

جمجمہ کا شدید کسر جس کے ہمراہ دماغ کا انخفاض یا کوئی اور تضرر پایا جائے، اس سے بے ہوشی ہمیشہ نہیں واقع ہوتی، اور ایسے کئی واقعات پیش آئے ہیں کہ ان میں جمجمہ کو بڑا نقصان پہنچنے کے باوجود مصاب طاقتِ حرکت سے محروم نہیں ہوا۔ ایگنو[1] (Agnew) نے دو نمایاں واقعات بیان کئے ہیں۔ ایک آدمی

[1] Medical News, 1887

پر سے ٹرامو ے کار (tramway car) گزرگئی۔ وہ حادثہ کے بعد فوراً اٹھ کر کچھ فاصلہ چل کر اپنے مکان کو گیا، چٹخنی کی کنجی سے دروازہ کھولا، زینہ کے ذریعہ اپنی خوابگاہ کو گیا جو کہ دوسری منزل پر تھی، اور بستر پر لیٹ گیا۔ اگلے دن وہ بے ہوش پایا گیا۔ اس کی صدغی اور جداری ہڈیاں دماغ میں گہری کھبی ہوئی تھیں۔ دوسرے واقعہ میں ایک آدمی کی جبہی ہڈی کا نصف اور پیش جبہی تختوں کا ایک معتد بہ حصہ ایک اڑ پہیا (flywheel) کے پھوٹنے سے الگ ہو گیا۔ اسے صرف چند لمحہ کے لئے چکر آ گیا، لیکن آخر کار وہ اچھی طرح صحتیاب ہو گیا۔ ایسی مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ ان اصابتوں میں جن میں کوئی لاش شدید تضرر دماغ کی حالت میں پائی جائے، بے ہوشی اور نقل و حرکت کی طاقت کے ضیاع کے متعلق ایک محتاط رائے ظاہر کرنے کی ضرورت ہے۔

229

شوکہ کے تضررات۔ بالائی عنقی، زیرین عنقی اور بالائی قطنی خطے میں تضرر کا سب سے زیادہ احتمال ہے۔ تضرر جو کہ لگتا ہے، وسعت میں ایک موچ سے لیکر کسر اور ایک دو اجسام فقرات کی علٰحدگی تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ خفیف موچوں کی شناخت بسا اوقات حد سے زیادہ مشکل ہوتی ہے، کیونکہ ان کی علامات خالصۃً موضوعی (subjective) ہوتی ہیں۔ اگر نخاع ماؤف ہو جائے، تو فوری یا بعید علامات رونما ہو جاتی ہیں۔ اغشیہ میں واقع شدہ نزف (شوکی نزف = hæmatorrhuchis) سے بالعموم ناگہانی ضیاع قوت، اور مقام نزف پر شدید درد ہو جاتا ہے جو کہ غالباً ماؤف قطعہ سے نکلنے والے اعصاب کے ساتھ متشنج ہوتا ہے۔ رجفی اور تنفسی تشنجات واقع ہوتے ہیں، اور بعد میں کم و بیش فالج واقع ہو جاتا ہے۔ نزف اغشیہ کے باہر، یا عنکبوتیہ (arachnoid) کے اندر، اور اس سے شاذ تر عنکبوتیہ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ شوکہ کے ارتجاج کے بعد علامات دیر سے نمودار ہوتی ہیں۔ ایک شدید جھٹکا لگنے کے احساس سے کوئی زیادہ متعین حالت اس وقت رونما ہوتی ہے جب کہ کئی ہفتے گزر جاتے ہیں۔ اس کے بعد مختلف فسادات حسی نمودار ہوتے ہیں، اور چلنا اور خاصکر جھکنا بھی مشکل ہو جاتا ہے۔ اخراجی قوت کے ضیاع کی وجہ سے تبول کمزور ہو جاتا ہے،

اور ممکن ہے ٹانگوں میں جزئی شلل بھی پیدا ہو جائے۔ ان علامات کے ہمراہ بالعموم حواس مخصوصہ کے اور خاصکر سماعت اور بصارت کے اختلالات پائے جاتے ہیں۔ ذہنی حالت منحط ہو جاتی ہے، جو کہ نسیان خیالات مرتکز کرنے کی عدم قابلیت اور عمومی چسٹر چڑے پن سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ علامات بسا اوقات ریل کے تصادم سے پیدا شدہ جھٹکہ کے بعد بھی پیدا ہوتی ہیں، اور یہ دریافت کرنا کوئی آسان امر نہیں ہوتا کہ وہ کہاں تک نخاع کے منتشرہ تضرر پہنچنے اور نظام عصبی کے عمومی صدمہ کا نتیجہ ہیں، اور کہاں تک محض موضوعی نوعیت کے ہیں اور ایعاز کے اثر سے پیدا ہوئے ہیں۔ اگر غیر حسی اور بیش حسی رقبات کا ٹھیک ٹھیک خاکہ بنایا جائے اور حصص کے اعصاب کے معلوم مخرجات کے ساتھ اس کا مقابلہ کیا جائے، تو غالباً یہ واضح ہو جائے گا کہ حسی اختلالات درحقیقت نخاع میں تغیرات کا نتیجہ ہیں، یا محض نفسی الاصل ہیں۔ یہ مضمون اتنا وسیع ہے کہ طب قانونی کی ایک درسی کتاب میں اس پر بحث کرنا ناممکن ہے، لہذا خاص تصنیفات کی طرف رجوع کرنا ضروری ہے۔ مارلے (Morley) کی کتاب موسومہ بہ "پشت کے تضررات طبی قانونی نقطہ نگاہ سے"[1] سے بہت سی مفید معلومات حاصل ہوں گی۔

شوکہ کے کسور، غیر وضعیت کے ساتھ یا غیر وضعیت کے بغیر، بلا واسطہ یا بالواسطہ تشدد سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اول الذکر کا سبب متضرر حصہ کو کسی سخت شے کے ذریعہ چوٹ لگانا یا اس کا اس سے ٹکرانا ہے، مثلاً ایک لوہے کے ڈنڈے کی ضرب، یا کسی بلندی سے شہتیر کے ایک ابھرے ہوئے ٹکڑے پر سقوط۔ بالواسطہ تشدد کا کسر جسم کے آگے یا پیچھے کی جانب بزور جھکائے جانے سے پیدا ہوتا ہے، اور بالعموم عنقی یا ظہری خطے میں واقع ہوتا ہے۔ شوکہ کا جبری جھکاؤ بیرونی تشدد سے بھی وقوع پذیر ہو سکتا ہے، مثلاً جب ایک آٹے کی بوری کسی شخص کے سر پر جو کسی قدر آگے کو جھکا ہوا ہو،

بلندی سے گرتی ہے اور اس کو دوہرا کر دیتی ہے، یا ناگہانی ارادی عضلی انقباض سے جیسا کہ ایک مریضہ نے ایک دار المجانین میں پیدا کر لیا۔ اس نے ایک چمچہ سے بچنے کی خاطر کہ جس سے اس کو خوراک دی جا رہی تھی، اپنے سر کو زور سے پیچھے کو جھٹکا اور اس طرح سے عنقی شوکہ کو مکسور کر لیا۔ مور[1] (Moore) نے ایک ۳۵ سالہ قیدی کی لاش کا امتحان کیا۔ مریض کو اختباط تھا، وہ آدھی رات کو پلنگ پر سے جو صرف ۱۷ انچ بلند تھا کودا اور چہرے کے بل ٹائل دار فرش پر آ رہا۔ جب اسے فوراً بعد دیکھا گیا تو اس کا سر کسی قدر زخم شدہ حالت میں تھا اور وہ خود بالکل ہوش میں تھا، دوسرے دن وہ مر گیا۔ جب امتحان بعد الموت کیا گیا تو اس کا پانچواں عنقی فقرہ تین چار ٹکڑوں میں ٹوٹا ہوا پایا گیا، اسی قوس دو ٹکڑوں میں ٹوٹی ہوئی تھی اور پچھلے کی قوس اپنے جسم سے جدا ہو گئی تھی، اور نخاع کچلی گئی تھی۔ فقرات نہ تو مرض کا ہی کوئی منظر پیش کرتے تھے اور نہ جاسی ہی تھے۔

شوکی کسر کے بعد کتنی مدت تک زندگی قائم رہتی ہے، یہ امر لب اور نخاع کے متضرر حصے کے درمیانی فاصلہ کے راست تناسب میں ہوتا ہے، لیکن ہڈیوں کی غیر وضعیت پر بہت کچھ منحصر ہے۔ اگر نخاع کھنچی اور کچلی نہ گئی ہو تو بہ نسبت اس صورت کے جب اس کے بالعکس حالت ہو، زندگی کو کم فوری خطرہ ہوتا ہے۔ ایک خفیف دریدگی جس کے ساتھ بین فقری اجسام میں سے کسی ایک کی غیر وضعیت ہو اور جس سے فقرہ مکسور ہوئے بغیر ہی نخاع پر دباؤ پڑے، زیادہ اہمیت رکھتی ہے، بہ نسبت ایک سادہ کسر کے کہ جس میں کوئی غیر وضعیت نہ ہو۔ نخاع کو نقصان پہنچنے کا امکان شوکہ کے اس تضرر میں زیادہ ہوتا ہے جو بالواسطہ تشدد کا نتیجہ ہو، بہ نسبت اس تضرر کے جو کہ بلاواسطہ تشدد کا نتیجہ ہو۔ کمری یا کمری ظہری خطہ کے کسور میں گو کہ غیر وضعیت پائی جاتی ہے لیکن یہ مہلک نہیں ہوتے۔ ایسے کسور کے بعد کہ جن میں غیر وضعیت پائی جاتی ہے،

230

[1] Communicated 1901.

اور حتی کہ عنقی خطہ کے کسور کے بعد بھی صحت ہوگئی ہے، اگرچہ یہ تضررات عام طور پر سرعت سے ہلاک کر دیتے ہیں۔ طبی قانونی نقطہ نگاہ سے یہ یاد رکھنا کسی قدر اہمیت رکھتا ہے کہ بالائی عنقی فقرات کا ایسا کسر کہ جس میں غیر وضعیت پائی جائے، ضرور نہیں کہ فوراً ہلاک کر دے۔ بالعموم یہ فرض کیا جاتا ہے کہ تیسرے عنقی فقرہ کے لیول پر کے یا اس سے اوپر کے کسور حاجزی عصب کی ماؤفیت کی وجہ سے فوراً ہلاک کر دیتے ہیں۔ ایو[1] (Eve) نے سنی زائدہ کے کسر کا واقعہ قلمبند کیا ہے، جس میں اٹلس (atlas) آگے کی جانب سرک گیا تھا اور اس سے نخاع دب گئی تھی، پھر بھی مریض ڈھائی گھنٹہ تک زندہ رہا۔ گرلنگ[2] (Gurling) ایک واردات سے دوچار ہوا کہ جس میں پہلے تین فقرات کے کسر کے بعد ۲۸ گھنٹہ تک موت واقع نہ ہوئی حالانکہ نخاع تیسرے فقرہ کے لیول پر متضرر تھی۔

چہرے کے تضررات۔ چہرے کے شگافتہ زخموں سے خون آزادی سے بہتا ہے لیکن تاوقتیکہ کوئی شریان مثلاً فکی یا لسانی شریان نہ کٹ جائے، ایک تندرست آدمی میں یہ نزف خطرناک ثابت نہیں ہوتا۔ کند آلات کی چوٹ سے خدی (malar) یا انفی (nasal) ہڈیاں مکسور ہو جاتی ہیں اور جہاں تک چہرہ کی مستقل بدصورتی کا تعلق ہے یہ "شدید ضرر جسمانی" کا موجب ہوتی ہیں، لیکن زندگی کے لئے خطرناک نہیں ہوتیں۔ تاہم اس امر کے متعلق رائے دیتے وقت کہ آیا زندگی خطرہ میں ہے یا نہیں، حمراری (erysipelatous) التہاب کا امکانی وقوع ضرور خیال میں رکھنا چاہئے۔ چہرے پر چوٹ لگنے سے شبکیہ (retina) میں نزف یا اس کی علٰحدگی واقع ہو جاتی ہے، بعض اوقات آنکھ کے خطہ میں چوٹ لگنے کے بعد عصب بصری (optic nerve) کا ذبول واقع ہو گیا ہے۔ ان دونوں صورتوں میں ممکن ہے مشقوق آنکھیں اندھی ہو جائیں۔ اجسام غریبہ چبھ جانے سے مقلات عینی براہ راست متضرر ہو جاتے ہیں، اور عدسہ یا اس کے کیسہ میں

---

[1] St. Barth. Hosp. Rep., 1887

[2] London Hosp. Rep., Vol i.

میں عتمیت (opacity) پیدا ہو جاتی ہے ۔

کان کے تضررات - سلعہ دمویہ اُذنی (hæmatoma auris) کو جسے اذن المجنون یا اذن دار المجانین بھی کہا گیا ہے، اذن میں خون کے انصباب سے بنتا ہے ۔ مجنون میں اس کی تسبیب میں غالباً دو عوامل حصہ لیتے ہیں۔ مقامی امتلاً جو کہ عنقی مشار کی عصب کے عرق حرکی ریشوں کے انحطاط کا نتیجہ ہوتا ہے اور میکانی تشدد۔ ایک تیسرا عامل یعنی عرقی انحطاط بھی گا ہے نسبتہً خفیف درجہ کے تشدد سے سلعہ دمویہ پیدا کر دیتا ہے، اور شاذ صورتوں میں خود بخود سلعہ دمویہ پیدا کر دیتا ہے ۔ رابرٹسن[1] (Robertson) نے بیان کیا ہے کہ یہ نزف ان دویروں کی دیواروں کے نئے عروق سے واقع ہوتا ہے جو کہ اذنی غضروف میں مزمن انحطاطی تغیرات سے پیدا ہوتے ہیں ۔ یہ بسا اوقات مجنونوں میں ملتا ہے، خاصکر دار المجانین میں، اور غالباً بعض اوقات اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بے صبر ملازمین مجانین کے کان پر مکہ رسید کر دیتے ہیں، بالعموم دایاں کان ماؤف ہوتا ہے۔ ابتدائی مرحلہ میں کان متورم اور تنیدہ ہوتا ہے، اور جلد کے نیچے اجتماع خون کا منظر پیش کرتا ہے، جو ممکن ہے بعد میں منظم ہو جائے اور کان کو توڑ مروڑ کر سکیڑ دے ۔ سلعہ دمویہ اُذنی (hæmatoma auris) صرف مجانین ہی میں نہیں پایا جاتا، یہ مقامی تشدد کے مختلف افعال سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، مثلاً جو کہ فٹ بال کے کھیل کی مٹھ بھیڑ میں یا کشتی یا گھونسہ بازی کے دنگلوں میں کئے جاتے ہیں۔

طبل کئی طریقوں سے مشقوق ہو سکتا ہے ۔ ان میں صرف ایک کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے کہ جس کی بنا پر گاہے قانونی کارروائی کی جاتی ہے ۔ اس طریقہ میں تضرر کان پر گھونسہ لگنے کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ عام طور پر بایاں طبل مشقوق ہوتا ہے۔ اور بیرونی نزف بالکل نہیں ہوتا، تاوقتیکہ دوسرے تضررات نہ پہنچے ہوں۔

---

[1] Edin. Hosp. Reps., 1896.

گردن اور سینہ کے تضررات

گردن کے تضررات۔ طبی قانونی نقطہ نظر سے اس خطہ کے تمام تضررات کو ایک ہی لفظ یعنی گلا کٹنا سے تعبیر کیا جا سکتا ہے۔ ان تضررات کی بیشتر تعداد کا سبب خودکشی ہوتی ہے۔ جب اس امر کا خیال کیا جاتا ہے کہ گلے میں متعدد ساختیں جن پر زندگی کی سلامتی کا دارومدار ہے، کس قدر قریبی مجاورت رکھتی ہیں، ان کی کس قدر اوپری مقامیت ہے، اور یہ کہ اس خطہ کے اکثر زخم ہلاکت واقع کرنے کے مقصد سے خود لگائے جاتے ہیں تو یہ امر کہ اہم ترجیحیت والی ساختیں تضرر سے کیونکر بچ جاتی ہیں اور کس کثرت سے مذکورہ بالا مقصد فوت ہو جاتا ہے بہت تعجب انگیز ہے۔ گلے کے خودکشانہ زخموں کی ایک بڑی تعداد کے اہم رگوں تک پہنچنے میں ایک ذرا سا فرق باقی رہ جاتا ہے اور جو ساختیں دراصل کٹتی ہیں وہ قیام حیات کے لحاظ سے ثانوی اہمیت رکھتی ہیں، یہی وجہ ہے کہ دواخانوں میں گلا کٹنے کی متعدد اصابتیں دیکھی جاتی ہیں۔ جب بڑی عروق کٹتی ہیں، تو جراحتی امداد حاصل ہونے سے قبل موت واقع ہو جانا ایک تقریباً یقینی امر ہوتا ہے۔

گردن کے زخم بالعموم شگافتہ یا وخزی زخم ہوتے ہیں اور اول الذکر سب سے زیادہ عام ہیں۔ جلد کے ڈھیلے پن کی وجہ سے جو کہ خاصکر سن رسیدہ اشخاص میں پایا جاتا ہے چاقو کی ایک ہی ضرب سے ایک سے زیادہ شگاف بن جانا کوئی غیر معمولی امر نہیں ہے۔ گلے کے شگافتہ زخم انتہا درجہ یعنی جلد میں ایک ذرا سے کٹاؤ (nick) سے لیکر ایسے گھاؤ تک جو قریب قریب سر کو دھڑ سے جدا کر دیتے ہیں، اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ گردن کے نخزتی زخموں میں چونکہ بڑی عروق میں سے ایک یا زیادہ کے چھد جانے کا اندیشہ ہوتا ہے لہذا یہ نہایت خطرناک ہوتے ہیں۔ اگر کوئی پتلے پھل والا چاقو گردن کی پشت میں دو فقرات کے درمیان داخل کیا جائے تو بغیر اس کے کہ کوئی بیرونی نشان پیدا ہو نخاع کا تضرر واقع ہو کر موت واقع ہو جاتی ہے۔

تضررات سینہ اگر سینہ پر قلبی خطہ کے قریب، بڑے رقبہ کی اشیا سے

ضربات لگائی جائیں تو موت واقع ہو جاتی ہے، بغیر اس کے کہ تضرر کا کچھ نشان باقی رہے۔ اس سے کمتر ابعاد کے آلات کی ضربات سے ممکن ہے ایک یا زیادہ پسلیوں کا کسر واقع ہو جائے۔ پسلیوں کے اتفاقیہ مکسور ہو جانے کا ایک عام طریقہ یہ ہے کہ کسی ابھری ہوئی شے مثلاً میز کے گوشہ پر سقطہ واقع ہو جاتا ہے، ایک اور کثیر الوقوع سبب سینہ کا دو متخالف قوتوں کے درمیان بھنچ جانا ہے نہایت ہی شاذ طور پر یہ ہوتا ہے کہ کھانسنے سے یا چھینکنے سے یا چلنے میں پاؤں پھسل جائے تو جسم کا توازن قائم رکھنے کی کوشش کرنے پر بازوؤں کی فوری حرکات کیجاتی ہیں جس سے پسلیاں مکسور ہو جاتی ہیں۔ سینہ کی وہ ہولتیں (stabs) جو کہ صدری کہفہ میں داخل نہیں ہوتیں، عام طور پر خطرناک نہیں ہوتیں، گو کہ یہ ممکن ہے کہ پستانی اور صدری شرائین سے معتد بہ نزف واقع ہو۔ ثاقب زخم خطرناک ہوتے ہیں، لیکن تاوقتیکہ کوئی حیوی حصہ متضرر نہ ہو جائے یہ ضرور نہیں کہ وہ مہلک ثابت ہوں۔ اگر پھیپھڑے متضرر ہو جائیں، تو نفاخ صدر دمویت، استرواح الصدر اور علاوہ ازیں ان کے ثانوی نتائج یعنی ذات الجنب، ذات الریہ پیدا ہو سکتے ہیں۔ خطرہ کا انحصار اس امر پر ہے کہ مفرط نزف ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے جو کہ سرعت سے ہلاک کر دیتا ہے، تاہم سینہ کے اندر گھسنے والے ان شدید زخموں سے کہ جن میں مفرط نزف ہو، جانبری ممکن ہے۔ ہلک[1] (Hulk) کی نگرانی میں ایک اصابت آئی کہ مریضہ ایک "بلند" زینہ پر سے گر پڑی، گرتے وقت اس کے ہاتھوں میں ایک شیشہ سے ڈھکی ہوئی تصویر تھی، سقطہ سے تصویر کا شیشہ پاش پاش ہو گیا۔ جب اس عورت کو اٹھایا گیا تو شیشہ کا ایک بڑا ٹکڑا اس کی پشت میں کھبا ہوا پایا گیا، جس کو خارج کرنے پر بہت نزف واقع ہوا۔ پشت پر جو زخم تھا وہ دسویں پسلی کے لیول پر تھا اور شوکہ سے ۳ انچ بائیں جانب تھا اور اس کا طول ۳ انچ تھا۔ دسویں پسلی کٹ گئی تھی۔ شیشہ کا ٹکڑا سینہ کے پار ہو گیا تھا کیونکہ سامنے کی طرف ایک ½۱ انچ لمبا ایک دوسرا زخم تھا، جو کہ پچھلے زخم کے عین مقابل لیکن

[1] The Lancet, 1888

اس سے بالاتر ساتویں بین ضلعی فضا میں تھا۔ یہ عورت صحتیاب ہو گئی۔

بیرونی تشدد سے پھیپھڑوں کی وریدگیاں اور ان کے بعد نزف واقع ہو سکتا ہے، بغیر اس کے کہ پسلیوں کا کسر واقع ہو۔ کسی لڑکے پر سے ایک بگھی گذر گئی اور وہ دوسرے دن مر گیا۔ اس کی پسلیاں غیر متضرر پائی گئیں لیکن بلوری کہفہ خون سے لبریز تھا۔

قلب میں گھسنے والے زخم بالعموم مہلک ثابت ہوتے ہیں، لیکن یہ ضرور نہیں کہ فوراً مہلک ثابت ہوں۔ اگر فوری موت نہ ہو تو مدتِ حیات ایک گھنٹہ سے لیکر کئی ماہ تک، اور شاذ صورتوں میں سالوں تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ وسٹ[1] (West) نے ایک واقعہ قلمبند کیا ہے کہ ایک آدمی کو چاقو بھونک دیا گیا، جس سے کثرت سے نزف اور سخت ہبوط ہو گیا، اس سے صحتیاب ہونے کے بعد وہ چار سال تک زندہ رہا۔ موت کے بعد دائیں بطین کی دیوار میں ایک خطی ندبہ پایا گیا، غالباً زخم بطینی کہفہ تک نہیں پہنچا تھا۔ بطینے خاصکر دایاں بطین، اذینوں کی بہ نسبت زیادہ کثرت سے زخمی ہوتے ہیں، اور بایاں اذین شاذ ہی چھدتا ہے۔ شاید یہ سمجھا جائے کہ ایسا نزف جو کہ فی الفور مہلک ثابت ہوتا ہے، بطینوں کے زخموں کی بہ نسبت، اذینوں کے ثاقب زخموں سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے کیونکہ اذینوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں۔ لیکن اعداد و شمار سے اس[2] مفروضہ کی تائید نہیں ہوتی۔ کوٹس[3] (Coats) نے ایک اصابت کی اطلاع دی ہے کہ ایک دہ سالہ لڑکی گر کر آہنی جنگلے پر پڑی جس کی ایک میخ سینہ کے دائیں جانب، اس جگہ جہاں چوتھی پسلی اپنے غضروف سے ملتی ہے، کھب گئی۔ مریضہ ۹ دن زندہ رہی۔ جب بعد الموت امتحان کیا گیا تو گرد قلبہ (pericardium) میں ایک طویل

---

[1] St. Thomas's Hosp. Rep. Vol i. N.S.

[2] Holmes & Hulkes System of Surgery. 3rd Ed. Vol. i. (ملاحظہ ہوں جدولیں)

[3] Glasgow Med. Journ., 1891.

زخم پایا گیا جو کہ ۳/۴ انچ لمبا اور ۱/۴ انچ چوڑا تھا اور جس کے مقابل دائیں اُذین کے وار پار ایک اور زخم موجود تھا۔ سٹراسمین[1] (Strassmann) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے کہ ایک آدمی کو بائیں پستانی خط میں ہول لگائی گئی۔ یہ زخم چوتھی بین ضلعی فضا کو طے کرتا تھا، دائیں بطین میں گزرتا ہوا کہ جہاں اس کی چوڑائی ۱/۴ انچ تھی، اس کے کہفہ میں پہنچ جاتا تھا۔ مریض چار دن تک زندہ رہا، اور اس نے تضرر لگنے کے دوسرے دن بھاری بھاری بوجھ اُٹھایا تھا۔ امتحان لاش پر گرد قلبہ میں تقریباً ساڑھے تین اور صدری کہفہ میں تقریباً ۱۰ اونس خون پایا گیا۔ قلب کے خفیف اوپری زخم، ممکن ہے سرعت سے مہلک ثابت ہوں۔ ٹامسن[2] (Thompson) نے قلمبند کردہ ایک واقعہ میں ایک آدمی کی پانچویں اور چھٹی پسلیوں کی درمیانی فضا میں قلبی صدمہ کے خط میں ایک معمولی سی ۱/۲ ۱ انچ لمبی الپن داخل ہو گئی اور وہ اس کے بعد چند ہی گھنٹہ کے اندر مر گیا۔ بائیں بطین کی اگلی دیوار زخمی ہو گئی تھی لیکن کہفہ میں ادخال نہیں ہوا تھا، گرد قلبہ میں ساڑھے سترہ اونس خون تھا۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ اگرچہ یہ تضررات سرعت سے ہلاک کر دیتے ہیں تاہم ان اشخاص سے جن کو زخم قلب لگا ہو بعض افعال سرزد ہونے کا امکان ہے۔ قلبی زخموں کی ان بے شمار اصابتوں میں سے کہ جن کو فشر[3] (Fischer) نے فراہم کیا ہے، ذیل کی مثالیں منتخب کی گئی ہیں۔ ایک فرد اس طرح کا زخم لگنے کے بعد ۵۰۴ قدم دوڑا، ایک اور فرد کئی سیڑھیاں چڑھ گیا، ایک تیسرا فرد ڈیڑھ میل چلا، اور ایک چوتھا فرد (کہ جس کا دایاں بطین، قلبی شریان، پھیپھڑا، ڈایافرام (diaphragm)، جگر، معدہ، طحال، اور قولون (colon) خنجر سے زخمی ہو گئے تھے) گرنے سے پیشتر دس قدم چلا۔

---

[1] Lehrb. der ger Medicin 1895

[2] Translations of the Royal Acad. Med. Ireland, 1888,

[3] Langenbecks Archiv., ix.

شاذونادر ہی کسی کند حربہ سے سینہ پر ضرب لگنے سے التہابِ عضلاتِ قلب، یا بائیں قلب کا انشقاق واقع ہو سکتا ہے بغیر اس کے کہ پسلیوں یا ان کے اوپر کی جلد کو کوئی نقصان پہنچے۔ ہائڈنہین[1] (Heidenhain) نے ایک اصابت کی اطلاع دی ہے کہ اس طرح کا تضرر ایک ملاح کے سینہ پر لنگر کے چرخ کے ڈنڈے (capstan-bar) کے ذریعہ ایک سخت چوٹ لگنے سے پیدا ہو گیا۔ جب ان تضررات سے التہابِ عضلاتِ قلبی پیدا ہوتا ہے تو اس سے یہ قلبی عضلی نظام ملائم ہو جاتا ہے، اور تضرر پہنچنے کے کئی دن بعد قلب کا انشقاق واقع ہوتا ہے، موت کے بعد غالباً تضرر کی کوئی بھی بیرونی امارت دکھائی نہیں دیتی۔ فوری انشقاقِ قلب، تند ضربات سے، مثلاً گھوڑے کی دولتی سے، سینہ پر گاڑی کا پہیہ گزر جانے سے واقع ہو سکتا ہے بغیر اس کے کہ کوئی تشدد کی بیرونی امارت پیدا ہو۔ ان اصابتوں میں انشقاقِ قلب کی دائیں جانب اور اکثر اوقات دائیں اذین میں ہوتا ہے۔ سینہ پر ضرب لگنے سے قلب یا آمّا اور طی (aorta) کا جو فوری انشقاق ہو جاتا ہے اس کے متعلق یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ انضرمائی تقرح اور ایک چھوٹے اینورزی آساع کی موجودگی انشقاق از خود کی استعداد پیدا کرتی ہے۔ سیلفورڈ کے شاہی دواخانہ (Salford Royal Hospital) میں[2] ۱۸۹۲ء میں مصنف ہذا کے زیرِ نگرانی ایک آدمی آیا اسکو جھکنے میں یک بیک غش محسوس ہوا، اور بعد میں اس پر گہرا بہوش طاری ہو گیا، پھر اس کی حالت درست ہو گئی لیکن تین دن بعد جبکہ وہ ابھی صاحبِ فراش ہی تھا اس کو ایسا ہی حملہ پھر ہوا اور ایک مرتبہ اور اس کی حالت درست ہو گئی، لیکن اس دوسرے حملہ کے چھ دن بعد وہ بستر پر مرا ہوا پایا گیا۔ امتحان لاش پر گردِ قلبیہ میں تازہ خون کی ایک بہت بڑی مقدار دیکھی گئی اور حالیہ التہابِ گردِ قلبیہ (pericarditis) کی امارات اور بہت سی منظم شدہ فائبرن (fibrin) پائی گئی۔ اور طی کی ابتدا میں ایک قرحہ کے قاعدہ میں انشقاق واقع ہو گیا تھا۔ خوردبینی امتحان سے معلوم ہوا کہ طبقات سوراخ تک، بتدریج پتلے ہوتے چلے گئے ہیں جس کا سبب غالباً تحزی تقرح تھا، جو کہ علقیت سے واقع ہوا تھا۔ اس وقت جب کہ مریض کو پہلے پہل حملہ ہوا تھا، یہ کمزور

---

[1] Deutsche Zeitung f. Chirurgie 1895

[2] Trans. Path. Soc. Manchester. 1892

مقام پھٹ گیا تھا، اور اس کے بعد دو موقعہ پر عارضی طور پر سدودیت اور نزف کا از سر نو وقوع ہوا تھا، آخری نزف سے ہلاکت واقع ہوگئی۔ یہ مریض ایک طاقت ور اور تندرست آدمی تھا اور پہلا حملہ ہونے کے وقت تک وہ کوئی مشقت آمیز خدمت انجام دیا کرتا تھا۔ اگر یہ انشقاق دھکے یا ٹکہ کی خفیف چوٹ کے بعد ہوتا تو ممکن ہے کہ غلط تاویل کر کے ایسے انتہائی تشدد کا ثبوت قرار دیا جاتا۔ ایک تقریباً اسی طرح کا واقعہ روز[1] (Rouse) نے قلمبند کیا ہے کہ ایک باون (۵۲) سالہ آدمی فٹ بال کھیلتے کھیلتے یک بیک گر پڑا، اور اس پر ایک طرح کی غشی طاری ہوگئی۔ بعد میں وہ بحال ہوگیا اور کھیل میں از سر نو مشغول ہوگیا۔ لیکن کھیل ختم ہونے پر اس پر دوبارہ غشی اور ہبوط طاری ہوگیا اور وہ دوبارہ بحال ہوگیا اور ایک ہفتہ تک زندہ رہا۔ اس کے بعد اسے ایک اور حملہ ہوا جس سے وہ پانچ منٹ سے کم کے اندر مرگیا۔ امتحان لاش پر بائیں بطین میں ایک نصف انچ قطر کا انشقاق پایا گیا، گردقلبہ میں ۱۲ اونس خون موجود تھا، قلب اور بہت سے دیگر اعضا میں بھی شحمی انحطاط موجود تھا۔

تضررات شکم

کوڑی کے مقام (pit) پر کسی کند آلہ کے ذریعہ ضرب لگانے سے فوراً موت واقع ہو سکتی ہے، ان اصابتوں میں اغلب ہے کہ موت کا سبب قلب کا معکوس شلل ہو۔ ایسے دو واقعات مشکا[2] (Maschka) نے قلمبند کئے ہیں، ایک میں کسی لڑکے کو معدہ کے اوپر مکا لگا، دوسرے میں ایک تنا ور شخص کو اسی خطہ پر بیلچہ کے چپٹے حصہ کی ضرب لگی۔ دونوں یکدم مرگئے، دونوں واقعات میں امتحان لاش کے نتائج منفی تھے۔ بیچ[3] (Beach) نے ایک مخمور آدمی کا واقعہ

---

[1] The Lancet 1892.

[2] Vierteljahrsschr f. ger. Med., xxxi; Wiener allg. med Zeitung, 1864

[3] Medical News, 1882

قلمبند کیا ہے۔ پولیس نے اسے سر بازار گرفتار کیا، اس نے اس تندی سے مزاحمت کی کہ افسروں میں سے ایک نے اس کے شراسیفی خطہ پر اپنے لٹھ سے ضرب لگائی، ایکدم وہ ساکن اور بےبس ہوگیا۔ جب تھکانے پر پہنچے تو دیکھا کہ وہ مرا ہوا ہے اور داخلی یا بیرونی تضرر کا ادنیٰ ترین شائبہ تک دکھائی نہیں دیتا۔

شکمی احشار کا انشقاق، تشدد سے بیرونی امارت تضرر کے بغیر ہی واقع ہوسکتا ہے۔ معدہ شاذ ہی مشقوق ہوتا ہے اور جب ہوتا ہے، تو بالعموم بوّابی سرا اور انحنا اعظم ہی مبتلا ہوتے ہیں۔ بسا اوقات بیرونی تشدد سے امعا بھی مشقوق ہوجاتے ہیں۔ بقول ویل (Weil) کے سب سے زیادہ ابتداءِ صائم (jejunum) مبتلا ہوتی ہے اور اس کے بعد حرقفی (ileum)۔ یہ حادثات ہمیشہ مہلک ثابت ہوتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ خطرناک علامات کچھ مدت تک رونما نہ ہوں، اور اس اثنا میں متضرر شخص ایک معتد بہ فاصلہ چل لے۔ خواہ ضرب کسی مہیب شے مثلاً سُمِ اسپ ہی سے کیوں نہ لگے، ہوسکتا ہے کہ بیرونی نشان کوئی نہ ہو۔ ہنٹر[1] (Hunter) نے ایک لڑکے کو دیکھا کہ جس کے پیٹ میں گھوڑے کی مہلک دولتی لگی تھی، بیرونی طور پر نہ تو کوئی کدم تھا اور نہ کوئی امارت تضرر کی تھی تاہم صائم کو فتہ اور مشقوق تھا۔ ایف جے سمتھ[2] (F. J. Smith) نے ایک سبق آموز واقعہ بیان کیا ہے کہ کسی مخمور شخص کے ساتھ ایک ہفت سالہ لڑکی اتفاقیہ ٹکرا کر گرگئی۔ اسے فوراً شکمی درد ہوا جو انشقاق امعا کا ایما کرتا تھا، لیکن جب شکم کو کھولا گیا تو کوئی بھی انشقاق نہ ملا۔ دو دن بعد موت ہوگئی اور امتحان لاش پر حاد التہاب باریطون پایا گیا لیکن امعا یا کسی دیگر حشا میں دریدگی یا کوفتگی یا زخم کا شائبہ تک نہ تھا۔

جگر بسا اوقات بھاری دباؤ سے جیسا کہ ایک لدے ہوئے چھکڑے کے پہیہ سے پڑتا ہے، مشقوق ہوجاتا ہے۔ پہیہ کی محورانہ گردش تضرر بیرونی کی

[1] The Lancet 1885.

[2] London Hosp. P.M. Reports 1905

امارت کے فقدان کے لئے مساعد ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ جگر ایک وسیع حد تک مشقوق ہو جائے لیکن شکمی جلد خراشیدہ یا بدرنگ نہ ہو۔ چوٹ یا دولتی سے بھی انشقاق واقع ہو سکتا ہے بغیر اس کے کہ بیرونی کوفتگی ہو۔ بالعموم نتیجہ اس کا موت ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ شکم میں نزف ہو جانے سے سرعت سے واقع ہو، لیکن بعض اوقات مفرط نزف داخلی کے باوجود مریض کئی دن تک زندہ رہتا ہے۔ خفیف انشقاقات کے بعد شفا کا امکان ہے۔ ایک مشقوق جگر ضروری نہیں کہ تضرر پہنچنے کے بعد مریض کے حرکات کرنے میں مانع ہو۔

ڈایافرام (diaphragm) کا انشقاق، عام طور سے شکمی احشا کے دوسرے شدید تضررات کے بغیر واقع نہیں ہوتا، خواہ اس کے عقب میں فوری موت واقع ہونے کا احتمال نہیں ہے، لیکن یہ غالباً کہفۂ صدری میں معدہ یا امعا کے بروز کرنے سے خطرناک نتائج پیدا کر سکتا ہے۔ ڈایافرام کی دریدگی کے پیدا ہونے کا سبب بالعموم کسی بلندی سے گرنا، یا چھکڑے کے پہیہ کے اوپر سے گذر جانے سے سینہ کا بھنچ جانا ہے۔ دریدگی بالعموم بائیں جانب پائی جاتی ہے۔

انشقاق طحال بالعموم ہلاک کر دیتا ہے۔ جو کچھ جگر کے متعلق کہا گیا ہے وہ طحال پر بھی مساوی طور سے اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ جو اشخاص بلاد حارہ میں رہ چکے ہوں یا جن کو حمی متفترہ ہو چکا ہو ان کی طحال جو اس سبب سے بڑھی ہوتی ہے نہایت ہی ہلکے دھکے یا چوٹ سے مشقوق ہو گئی ہے۔ بروارڈل[1] (Brourdal) بیان کرتا ہے کہ دھینگامشتی میں ایک شخص آہستہ سے دھکیلا گیا اور وہ میز سے جا ٹکرایا۔ اس وقت تو اسے کچھ محسوس نہ ہوا لیکن تھوڑی ہی دیر بعد اس پر مردنی چھا گئی اور وہ مر گیا۔ امتحان لاش پر اس کی طحال پھٹی ہوئی پائی گئی۔ پلروکس[2] (Pellereaux) بڑھی ہوئی طحال کے انشقاق کے ۱۳ واقعات پیش کرتا ہے۔ ان میں سے پانچ تو بالذات تھے، باقی نتیجہ تھے ایسے اسباب کا

---

[1] Annale's d' hygie'ne 1894

[2] Ibid, 1882

جو بظاہر غیر مکتفی تھے، مثلاً بازاریں گاڑی میں سے سادہ سقطہ۔ مقامی تشدد کی بیرونی علامات ان اصابتوں میں مفقود ہوتی ہیں۔

گردوں کا وسیع انشقاق ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے خفیف تر انشقاق سے شفا ممکن ہے۔ ان اعضا کی شدید کوفتگی جو کہ بلا انشقاق ہو اس کے عقب میں تقیح ہونے کا احتمال ہے اور ممکن ہے کہ تضرر رسانی سے کم و بیش بعید وقت میں یہ موت کا موجب ہو۔

انشقاقِ مثانہ۔ طبی قانون داں کے لئے ایک خاص طور پر اہم مضمون ہے کیوں کہ بعض متذکرہ صدر تضررات کے خلاف یہ ایسے کسے یا دو لتی سے واقع ہو سکتا ہے جو زیادہ دور دراز اعضا تک پہنچنے کے لئے ناکافی ہوتی ہے۔ اس حادثہ کے پیش آنے کا احتمال اس آدمی کو ہے، جو زیادہ مقدار میں شراب پینے کے باعث اور عصبی مراکز پر اس کے افسردہ کن اثر کے سبب سے اکثر بھرے مثانہ کے ساتھ چلتا پھرتا ہے، زینے پر اس حالت میں سقطہ انشقاق واقع کرنے کے لئے کافی ہے۔ اگر مثانہ کا درون باریطونی حصہ مشقوق ہو، تو یہ تضرر تقریباً ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے اور اگر بول باریطون کے باہر جمع ہو جائے تو بھی کم شفا ہوتی ہے۔ بارٹلز[1] (Bartels) بیان کرتا ہے کہ درون باریطونی انشقاق کے ۹۴ مریضوں میں سے ۹۳ مر گئے اور ۶۳ مریضوں میں سے جن میں فساد برون باریطونی تھا، ۲۰ مر گئے۔ مثانہ کا وسیع انشقاق ضروری نہیں کہ نقل مکانی میں مانع ہو، اس لئے کہ بعض مثالوں میں تضرر کا اشتداد کچھ دیر تک پوشیدہ رہتا ہے۔ بارٹش[2] (Bartsch) ایک واقعہ بیان کرتا ہے کہ ایک مخمور آدمی کس دریچہ میں سے ۱۲ فٹ نیچے سخت زمین پر گرا، وہ ایک کروٹ پر لیٹا ہوا پایا گیا۔ وہ مذاق کرنے لگا لیکن چوٹ آنے کی ذرا شکایت نہیں کرتا تھا۔ اسے ایک غلام گردش میں ڈال دیا گیا، جہاں وہ ایک گھنٹہ تک پڑا رہا، بعد ازاں وہ اٹھکر مکان میں گیا، اور زینہ سے چڑھکر

---

[1] Langenbecks Archiv. Bd.22

[2] Vierteliahrsschr. f. ger. Med. 1889

بستر پر گیا۔ خوب سو چکنے کے بعد وہ دوسرے دن صبح اٹھا اور تقریباً ایک میل تک پیدل سیر کی۔ پھر اسے قشعریرہ آیا اور وہ دوبارہ بستر پر گیا۔ اس کے بعد اس کی حالت بتدریج خراب تر ہوتی گئی، اور وہ سقطہ سے ۶۳ گھنٹے کے بعد مر گیا۔ امتحان پر کوئی بیرونی تضرر دکھائی نہیں دیا لیکن باریطون میں تقریباً ۱۲ اونس بول موجود تھا، اور مثانہ کی اوپر کی اور پچھلی دیوار میں ایک ½۲ انچ لمبا چاک تھا، جو باریطونی طبقہ میں سے صاف نکل گیا تھا۔ ضرر کے اشتداد کی علامات اس وقت ظاہر ہوئیں جبکہ آٹھ گھنٹے گزر گئے۔ اگر یہ شخص اس اثنا میں کسی سے لڑ پڑتا، اور اس سبب سے اُسے چوٹ پہنچتی، تو ممکن ہے کہ اس کے مخالف کو اس کی موت کی جوابدہی کرنی پڑتی۔

مزعومہ مجرمانہ تشدد سے واقع شدہ انشقاق مثانہ کے واقعات میں ممکن ہے کہ یہ عذر پیش کیا جائے کہ عضو ازخود پھٹ گیا ہے۔

مثانہ کا انشقاق بالذات شاذ الوقوع ہے، حتیٰ کہ ان واقعات میں بھی جہاں اس حشا کی یا سبال کی ماؤف حالت ایک علتی عامل ہوتی ہے، جو موت کے بعد اس حیثیت سے شناخت کی جا سکتی ہے، جن امراض کی طرف اشارہ ہے، وہ دیوار مثانہ کا تقرح اور مبال کا عضوی تضییق ہیں۔ مثانہ کا شلل بھی انشقاق بالذات کا موجب ہو سکتا ہے۔ ایسے واقعہ میں مریض کی سابقہ سرگذشت اس کے وقوع کی توجیہہ کرنے میں مدد دیتی ہے۔ بیرونی تضرر کی امارات کے فقدان کو مستغیث الیہ کی جانب سے بہت اہمیت دی جاتی ہے، اور اصرار کیا جاتا ہے کہ اس سے عضو کا قدرتی اسباب سے مشقوق ہونا ثابت ہوتا ہے، لیکن یہ مغالطہ آفریں ہے کیونکہ ایک بھرے ہوئے مثانہ کے (اور یہ عضو جب کسی ایسی ضرب سے مشقوق ہو جو حوض کو مکسور نہ کرتی ہو ہمیشہ بھرا ہوا ہوتا ہے) بیرونی تشدد سے مشقوق ہونے کا امکان بغیر اس کے کہ کوئی بیرونی امارت پیدا ہو تمام شکمی اعضا سے زیادہ ہے۔

ہر چند سابقہ مرضیاتی تغیرات کا پیدا کردہ انشقاق بالذات شاذ ہے لیکن ایک

اس سے بھی شاذ تر وقوعہ قلمبند کیا گیا ہے، یعنی انشقاق بالذات بلا کسی قابل دریافت سبب کے۔ مکون[1] (Maccwen) نے ایک واقع بیان کیا ہے کہ ایک ۱۹ سالہ نوجوان آدمی کثرت شراب خوری کا عادی تھا۔ ایک موقعہ پر جبکہ وہ اسی سبب سے تقریباً بے ہوش تھا، اسے ایک دار الاقامتِ عامہ میں لے جایا گیا اور بستر پر لٹا دیا گیا۔ اگلے دن پھر وہ بستر پر پڑا رہا، اور اسی دن شام کو وہ غنودہ اور جزو ہوش تھا، اور شکم میں درد کی شکایت کرتا تھا۔ تیسرے دن وہ مر گیا بعد از موت اس کے شکم میں جو کہ بیرونی امارات تشدد سے مبرا تھا، بھوسلے رنگ کے سیال کی ایک بڑی مقدار پائی گئی، جس کا کچھ حصہ مثانہ میں بھی تھا۔ مثانہ میں پیچھے بالائی اور وسطانی ثلثوں کے اتصال پر ایک سوراخ موجود تھا جس میں چھنگلیا کا سرا سما سکتا تھا۔ مرض یا تقرح یا گنگرین کی کوئی علامت نہ تھی، نہ کوئی التہاب باریطونی ہی تھا۔ مبال صحتمند تضیق یا تسدد سے مبرا تھا۔ نمبر ۱۰ کا مجس (sound) خود اپنے بوجھ سے مثانہ میں گزر جاتا تھا۔ تضیق نہ ہوتے ہوئے مثانہ کے انشقاق بالذات کا ایک اور واقعہ برون[2] (Brown) نے قلمبند کیا ہے، جس میں مبال میں ۱۰ نمبر کا قثاطیر (catheter) گذارا جا سکتا تھا۔ موت کے بعد مثانہ کا پچھلا حصہ نرم لمف سے لپا ہوا پایا گیا، اور باریطون کے انعکاس سے ایک انچ نیچے، ذرا دائیں جانب ایک سوراخ تھا جس میں انگشت شہادت بمشکل سما سکتی تھی۔ حاشیے کھردرے تھے جس کی وجہ تازہ التہابی لمف کی موجودگی تھی۔ ایسے تقرح یا مرض کی جو پہلے سے موجود ہو کوئی علامت نہ تھی۔ ایسے واقعات انتہا درجہ شاذ ہوتے ہیں، صرف ایک یا دو قلمبند کئے گئے ہیں، ان کے وقوع کا اسلوب سمجھنا نہایت مشکل ہے، فعلی علیت کا شللِ مثانہ اور مبال کا مستقل تشنجی تضیق دو متبادل کیفیات فرض کی جاتی ہیں۔

شکم کے شگافتہ اور دریدہ زخم بجائے خود خطرناک نہیں ہوتے بشرطیکہ باریطون اور احشا تضرر سے بچ جائیں، انذار قائم کرتے وقت عضلات اور رواؤں میں التہاب یا تقیح کا امکانی وقوع پیش نظر رکھنا ضروری ہے۔

236

---

[1] The Lancet 1873.

[2] The Lancet 1886

نخزتی (punctured) زخم اگر کہفۂ شکمی میں گذر جائیں، تو اس سبب سے کہ زخم میں سے احشا کے بر وز کر آنے کا امکان ہے اور اس سے بھی زیادہ اس سبب سے کہ خود احشا کے مجروح ہونے کا امکان ہے، ضرور خطرناک ثابت ہونگے۔ امعا کے چھوٹے کوچے ضرور نہیں کہ مہلک ہوں، ان میں جو خطرہ ہوتا ہے وہ امعا کے مشمولات کے کہفۂ باریطون میں نکل جانے کے امکان کے تناسب ہوتا ہے۔ بہ نسبت ان زخموں کے جو امعاء کبیر کو مبتلا کرتے ہیں امعاء صغیر کے زخم زیادہ خطرناک ہوتے ہیں۔ ٹھوس احشا کے شگافتہ یا نخزتی زخم اس نزف کے تناسب سے خطرناک ہوتے جس کا وہ موجب ہوتے ہیں۔

بیرونی اعضاء تناسل کے تضررات۔ مردانہ اعضا کے تضررات زندگی کے لئے غیر معمولی طور پر خطرناک نہیں ہوتے، اگرچہ بعض اوقات خاصہ نزف ہوتا ہے۔ عجان میں مبال کا انشقاق، حوض کی توصیلی بافت میں بول کی دعا بدری واقع کر دیتا ہے، اور تاوقتیکہ فوری جراحتی امداد میسر نہ ہو، مہلک ثابت ہو سکتا ہے۔

زنانہ اعضا کے تضررات۔ فرج اور مہبل کے شگافتہ اور دریدہ زخم بسا اوقات خطرناک نزف کا موجب ہوتے ہیں، یہ زچگی کے علاوہ بالعموم حادثہ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ برکٹ[1] (Birkett) ایسے دو واقعات بیان کرتا ہے۔ ایک خاتون ایک تاریک کمرے میں پیشاب کرنے گئی اور ایک لوٹے پر جس کا دستہ ٹوٹا ہوا تھا، اور جس کا ایک حصہ دندانہ دار اور تیز اور ایک اپنچ ابھرا ہوا رہ گیا تھا، بیٹھ گئی۔ اس سے مہبل میں ایک دریدہ زخم پیدا ہو گیا، جس کے ممر میں اندرونی حیائی (pudic) شریان کٹ گئی۔ تضرر لگنے کے ایک گھنٹہ بعد نزف سے موت واقع ہو گئی۔ ایک اور واقعہ میں ایک عورت کو کسی آدمی نے مار کر گرا دیا، اور وہ تھوڑی مدت بعد نزف سے مر گئی۔ یہ خون مہبل سے نکلا تھا، جس کی دیوار میں زخم تھا جو کہ حیائی (pudic) شریان کی جانب پھیلا ہوا تھا۔ پہلے تو یہ خیال کیا گیا کہ عورت کو چاقو بھونکا گیا ہے، لیکن بعد ازاں تحقیق ہوا کہ

[1] Holmes and Hulke, a system of surgery.

وہ ایک تھوکدان پر گری ہے اور اُسے توڑ دیا ہے، جس کا ایک تیز نوک دار ٹکڑا موجب تضرر ہوا ہے۔ مجرمانہ حملہ کے واقعات میں بسا اوقات مہبل میں غریب اجسام مثلاً پتھر یا لکڑی کے ٹکڑے داخل کر دیئے گئے ہیں، جو مہبل میں خطرناک کوفتگیوں اور چاکوں کا موجب ہوئے ہیں۔ بالغ عورتوں اور بعض اوقات کمسن لڑکیوں کے ساتھ متشددانہ مجامعت مہبل کو مشقوق کر دیتی ہے اور وافر بلکہ مہلک نزف پیدا کر دیتی ہے۔

غیر حامل رحم شاذ ہی متضرر ہوتا ہے، بجز اس صورت کے کہ یہ حوضی اعضا کے برداشت کردہ تضرر میں شریک ہو۔ حامل رحم بسبب اپنی نمایاں مقامیت کے بہت زیادہ کثرت سے متضرر ہوتا ہے۔ حامل رحم کو چھیدنے والے زخم، دیوارہائے شکمی میں بھونکوں سے پیدا ہوتے ہیں، یا استقاط حمل واقع کرنے کی غرض سے مہبل میں نوکیلے آلات کے ادخال سے لگے ہوئے، کوچوں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں یہ اس لئے خطرناک ہیں کہ ان کے بعد نزف، التہاب باریطونی اور عفونت الدم (septicæmia) کے واقع ہونے کا امکان ہے۔ ترقی یافتہ حمل والی عورت کے شکم میں لاتیں رسید کرنے سے اسقاط واقع ہو سکتا ہے، یا مشیمہ کی علیحدگی کے باعث خطرناک نزف پیدا ہو سکتا ہے۔ اس قسم کے تشدد کے عقب میں رحمی دیوار میں مقامی تقیح پیدا ہو سکتا ہے، یا جوفیوں میں لُعلکوں کی تکوین، جو شریان رئوی میں سدادیت کے سبب سے واقع ہوتی ہے، موت کا موجب ہو سکتی ہے۔ رحم حامل کی دیواریں ضربات سے، سخت ابھاروں پر شکم کے دب جانے سے، اور سقطوں سے مشقوق ہو سکتی ہیں، اور ممکن ہے کہ جنین چاک کی راہ کہفہ شکمی میں نکل جائے۔ ایسے حادثات عام طور پر مہلک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض واقعات میں علاجی مداخلت سے اور بعض میں فطرتی اعمال سے عورت نے غیر وضعی جنین سے چھٹکارا حاصل کر لیا ہے، اور اس کی زندگی بچ گئی ہے۔ اثنائے ولادت میں، خواہ یہ فطرتی وضع حمل کے دوران میں ہو، یا گردش (version) عمل میں لانے کے دوران یا بذریعہ کلاب (forceps) تخریج کے دوران میں ہو، رحم یا مہبل کا انشقاق واقع ہو سکتا ہے۔ طبی قانونی

237 سوالات جو اٹھتے ہیں، وہ اس امر سے متعلق ہیں کہ اصابت کے معالجہ میں چابکدستی معقول حد تک برتی گئی ہے یا نہیں۔ ایک طرف تو یہ سوال ہوتا ہے کہ کیا مصنوعی ولادت معقول حد تک احتیاط و چابکدستی کے ساتھ انجام دیگئی۔ دوسری طرف یہ کہ جب رحم فطرتی وضع حمل کی اثنا میں مشقوق ہو گیا ہے، تو مصنوعی امداد سے کام لینا کیا ضروری تھا۔ ایسے سوالات میں بالعموم ماہران قبالت سے استصواب رائے کیا جاتا ہے۔

کسورِ عظام

سادہ کسور زندگی کے لئے خطرناک نہیں ہوتے، الا بعض خطہ جات میں، جیسے مجمجمہ یا ستون کی ستون کے کسور۔ طبی قانونی نقطۂ نظر سے زیادہ تر شدید جسمانی تضرر کے متعلق بحث ہوتی ہے۔ فوجداری مقدمات میں بالعموم یہ عذر پیش کیا جاتا ہے کہ کسر حادثہ کا نتیجہ ہے۔ جب کسر کے بلا واسطہ پیدا ہونے کا اعتراف کر لیا جاتا ہے، تو یہ عذر کیا جاتا ہے کہ عظم متضرر کسی ذاتی غیر طبعی حالت یا مرض کی وجہ سے کسر کی استعداد رکھتا تھا۔

بعض امراض عظام کو ماؤف کرتے ہیں، جنکی نوعیت ہی ایسی ہوتی ہے کہ وہ کافی واضح ہوتے ہیں، جیسے سرطانی یا سلعی لحمی (sarcomatous) بالیدیں یا کساح یا لینت عظام (mollitis oseum)۔ ان کے علاوہ دیگر عمومی امراض اور کیفیات بھی ایسی ہیں جو ہڈیوں کو معمول سے زیادہ شکستنی کر دیتی ہیں۔ چنانچہ یہ خوب معلوم امر ہے کہ نظام عصبی کے بعض امراض کے دوران میں پرورشی تغیرات واقع ہوتے ہیں، ان تغیرات میں منجملہ دیگر ساختوں کے ہڈیاں بھی شرکت کرتی ہیں، کیمیاوی تجزیہ سے ثابت ہوتا ہے کہ ان میں عضوی اور غیر عضوی مادوں کا تناسب ایک صحتمند ہڈی کے مقابلہ میں معکوس ہو جاتا ہے۔ فاسفیٹوں کی تعلیل ہو جاتی ہے اور غیر عضوی مادہ گھٹ کر نصف سے بھی کم

رہ جاتا ہے، اور شحم کی بہت افراط ہو جاتی ہے جس سے عضوی مادہ دوگنا ہو جاتا ہے۔ جب عظمی ترکیب کے یہ تغیرات بہت ترقی یافتہ ہو جاتے ہیں، تو کسر بالذات عام ہوتا ہے، اور اگر اس حد تک نہ ترقی یافتہ ہوں تو صحت میں جس چوٹ سے جارحہ مکسور ہو جاتا ہے اس سے بہت کم شدید چوٹ اس کو مکسور کردے گی۔ ہڈیوں کے یہ پرورشی تغیرات بیشتر ان امراض نظام عصبی کے ہمراہ پائے جاتے ہیں، حرکی (locomotor) عدم اتساق، اور ذہنی امراض کی بعض اشکال خاصکر شلل عمومی (general paralysis)۔

بعض مثالوں میں کسی قابل شناخت مرض کی موجودگی کے بغیر ہی ہڈیوں میں تغیرات پرورشی واقع ہوتے معلوم ہوتے ہیں۔ گرین وڈ[1] (Greenwood) بیان کرتا ہے کہ ایک پولیس کا جوان کھیلوں میں کرکٹ گیند پھینکنے کی مسابقت میں حصہ لے رہا تھا، اُسنے پھینکنے کے فعل کے دوران میں اپنے بازو میں کڑاکا محسوس کیا، امتحان کرنے پر دیکھا گیا کہ عضد کے زیریں ثلث میں مکمل کسر ہو چکا ہے۔ پیرانہ سالی میں غیر عضوی اجزا کی فراوانی کے سبب سے ہڈیاں شکستنی ہو جاتی ہیں، اور کمسن بچوں میں متضاد کیفیت کے سبب سے "شاخ سبز" کسر کا احتمال ہوتا ہے۔ پسلیاں گلا ہے کھانسنے یا چھینکنے سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ سکرم[2] (Skyrme) نے پسلی کے تحیر خیز کسر کی تاخیر پذیر بہ تکمیل کا ذکر کیا ہے۔ ایک آدمی بگھی میں سے نکلتے ہوئے چکر کھا کر گر پڑا، اور اس کی دائیں جانب ایک ابھار سے ٹکرائی، اسکو قدرے درد یا الم تو محسوس ہوا لیکن بدستور چلتا پھرتا رہا۔ چھ دن بعد اسکو چھینکنے میں اپنی جانب میں کوئی شئے تڑکتی ہوئی محسوس ہوئی، جس کے بعد شدید درد پیدا ہوا جو لمبے سانس سے بہت ہی بڑھ جاتا تھا۔ عظمی اور غضروفی حصص کے اتصال پر دسویں پسلی مکسور پائی گئی۔

طبی گواہ کو اس امر کے متعلق اظہار رائے کرنے کے لئے طلب کیا جاسکتا ہے کہ آیا فلاں عظمی تضررات تشدد بلا واسطہ کا نتیجہ ہیں یا نہیں۔ ایک مخمور آدمی کسی

---

[1] Brit. Med. Journ. 1890

[2] Brit. Med. Journ. 1891

دوسرے آدمی سے جھگڑنے کے بعد متعدد پسلیوں کا کسر برداشت کرتا پایا جاتا ہے، اور ذات الریہ سے مرجاتا ہے، اس کے مخالف پر ضربات سے تضررات پہنچانے کا الزام لگایا جاتا ہے مخالف اس امر سے انکار کرتا ہے کہ اس نے متوفی کے ضرب لگائی اور کہتا ہے کہ اس نے تو صرف اسے دھکا دیا تھا، اور یہ کہ متوفی نشہ کی حالت میں بے بس ہو کر زمین پر گرا تھا۔ اس بحث کا فیصلہ عمومی دلائل کی بنا پر کیا جاتا ہے، یعنی اس بنا پر کہ بیرونی کوفتگی کا درجہ اور خصوصیت کیا ہے کسر کا مقام کیا ہے، ٹوٹی ہوئی پسلیوں کی تعداد کتنی ہے آیا کسر سینہ کے دونوں جانب ہوا ہے۔ علاوہ ازیں دیگر علامات تشدد کی بنا پر کیا یا نہیں کی توجیہہ کسی شخص کو صرف دھکا دینے کے فعل سے نہیں کی جا سکتی۔

دار المجانین اور قید خانوں کے متعلق بھی وقتاً فوقتاً ایک ایسی ہی بحث پیدا ہوتی ہے۔ جب ایک نگران یا محافظ پر ایک محبوس یا قیدی کی موت واقع کر دینے کا الزام لگایا جاتا ہے تو عذر یہ پیش کیا جاتا ہے کہ تضررات جو کہ اکثر کسور اضلاع ہوتے ہیں سقوط سے پیدا ہوئے تھے، یا اگر قیدی حال ہی میں گرفتار کیا گیا ہو تو یہ کہ تضررات بوقت حراست ہی موجود تھے۔ موخر الذکر نقطہ کے متعلق تو یہ ہے کہ یہ ممکن ہے کہ کوئی شخص پسلی یا پسلیوں کے مکسور ہوتے ہوئے چلے پھرے اور یہ معلوم نہ کرے کہ اسے کوئی ایسا تضرر پہنچا ہے۔ مجنونوں کے بارے میں ہڈیوں میں تغیرات پرورشی کا امکان پیش نظر رکھنا چاہیئے۔

ذیل کا تحیر خیز واقعہ ۱۹۱۹ء کی مجلس انتظامیہ کی سالانہ روئداد سے پیش کیا گیا ہے۔

۹۔ ج۔ مرد چھیالیس سالہ۔ مریض شلل عمومی۔ ایک طبی عہدہ دار نے اسکے بالائی طواحن نکال ڈالے اور اس کے چند دن بعد زیریں جبڑے کا کسر تشخیص کیا گیا تقریباً چھ دن بعد مریض ذات الریہ سے مر گیا، اور بعد الموت امتحان پر ذیل کی غیر معمولی کیفیات پائی گئیں۔

دونوں جانب میں عضلہ مضغیہ (masseter) کے سامنے زیریں جبڑے کا کسر، دائیں جانب میں پانچویں چھٹی ساتویں آٹھویں نویں اور دسویں پسلی کا دیرینہ مندمل شدہ کسر، اور گیارھویں پسلی کا مضبوط لیفی اتصال کے ساتھ کسر مضاعف، بائیں جانب میں لیفی اتصال کے ساتھ

238

ساتویں پسلی کا ایک کسر، آٹھویں کے ۴ کسر، نویں کے پانچ کسر، دسویں کے تین کسر، گیارہویں کے ۲ کسر۔

یہ خیال کیا گیا کہ جبڑے کا کسر اخراج دندان کے وقت عضلات منغیہ کے فوری معکوس انقباض سے ہوگیا ہوگا۔ یہ امر غالباً قطعی یقین کے ساتھ بیان کیا جاسکتا تھا کہ پسلیوں کا تضرر جس مدت سے موجود ہے، وہ دارالمجانین میں مریض کی سکونت سے بہت ہی طویل تر ہے۔ دارالمجانین میں رہتے ہوئے مریض کو تضرر یا حادثہ پیش آنے کی کوئی سرگذشت نہ تھی۔

مجرمانہ تشدد یا حادثہ کے سوال کے تصفیہ کے نقطۂ نظر سے یہ امر اہم ہے کہ شکستگی کتنی مدت سے موجود ہے۔ اگر یہ حقیقت ثابت ہوجائے کہ مزعومہ تشدد برتے جانے سے قبل شکستگی موجود تھی، تو یہ ملزم کے حق میں بہت ہی مفید ہے۔ شکستہ ہڈیوں کے اندمال میں جو اعمال واقع ہوتے ہیں، وہ خوب معلوم ہیں لیکن ان اعمال کی اقدار زمانی (time values) ٹھیک ٹھیک اندازہ کی متحمل نہیں ہوسکتیں فعلیاتی اختلافات کے علاوہ متضرر شخص کی عمر اور حالت صحت اندمال کی رفتار پر ایک معتد بہ اثر رکھتی ہے۔ شکستہ سروں کے تضرر کا درجہ اور ان کے اقتراب کی تکمیل یا عدم تکمیل کا بھی لحاظ کرنا ضروری ہے۔ اگر شکستگی واقع ہونے کے بعد اول ہفتہ کے اندر بعد الموت امتحان کیا جائے تو غالباً بجز انصبابی خون اور قریب کی نرم ساختوں کی کم و بیش دریدگی اور کوفتگی کے کچھ بھی دیکھا نہ جائے گا۔ اس سے تھوڑی دیر بعد اندمال کی علامات رونما ہوجاتی ہیں۔ سادہ کسور میں جہاں شروع ہی سے ہڈیوں کے سرے منقرب رہتے ہیں، عارضی دشبذ (provisional callus) اول تو پیدا ہی نہیں ہوتا یا ہوتا ہے تو بہت ہی کم۔ یہ دشبذ بیشتر یا تو پسلیوں کی شکستگیوں میں یا ترقوہ کی شکستگیوں میں پایا جاتا ہے، بالفاظ دیگر ان ہڈیوں میں جن میں کامل سکون حاصل نہیں ہوسکتا۔ چودہ یا سولہ دن کے بعد وہ خون جو شروع میں وہاں بہا ہوا تھا، بالکل یا تقریباً غائب ہوجاتا ہے۔ شکستہ سروں پر گرد عظمہ نہایت ہی پر عروق ہوتا ہے، اور اس کے تلے اور سروں کے درمیان

ناہضات عظمی (osteoblasts) سے کئی خلیات تکاثر کرتے ہوں گے، اوران میں تکلیس جاری ہوگی۔ مکمل تعظم نہایت سازگار حالات کے اندر بھی عام طور سے دو ماہ سے کم مدت میں انجام نہیں پاتا۔

جب موت کے بعد امتحان کیا جائے تو سابق شکستگی کا ثبوت حاصل کرنا بالعموم مشکل نہیں ہوتا، اگر بیرونی امتحان پر ہڈی کافی واضح علامات پیش نہ کرے تو اس کی طولی تراش سے تمام شکوک رفع ہو جائیں گے۔ زندوں میں دیرینہ شکستگی بڑی آسانی سے نظرانداز ہوجاتی ہے، اگر تضرر رسی سے فوراً بعد ہڈیوں کے شکستہ سروں کا کامل اقتراب پیدا کیا گیا ہو اور یہ اقتراب تعظم انجام پانے تک قائم رہا ہو اور خاصکر جب حصہ نرم ساختوں سے گھرا ہوا ہو، تو کسی بعید الوقت شکستگی کا شناخت کرنا بالکل ناممکن ہوگا۔ اگر شکستگی حالیہ ہو، تو اس کی شناخت کرنا آسان ہے بنکشف شدہ جگہوں جیسے قصبہ (tibia) کے سامنے حصہ میں یہ دقت کم پائی جاتی ہے۔

ان شکستگیوں میں جو زندوں میں پیدا ہوتی ہیں اور ان شکستگیوں میں جو مردوں میں پیدا ہوتی ہیں بہت نمایاں فرق ہوتا ہے، اِلّا اس صورت میں کہ شکستگی موت سے ذرا ہی بعد پیدا ہوئی ہو۔ اگر شکستگی موت سے چھ آٹھ گھنٹہ بعد پیدا ہو، تو تاوقتیکہ کوئی بڑی ورید کٹ نہ جائے، ہڈی کے سروں کے گرد خون کا انصباب نہیں ہوتا، اور انصباب کی صورت میں بھی منظر اس سے بالکل متمیز ہوگا کہ جو زندگی میں متعدد عروق سے پیدا شدہ وعابدری سے بنتا ہے۔ وہ کسر جو موت کے فوراً بعد (یعنی چند منٹ کے اندر ہی) واقع ہوتا ہے ایسا منظر پیش کرتا ہے کہ جو حیات میں واقع شدہ کسر کے منظر سے تمیز نہیں ہو سکتا۔

وہ زخم جو کہ اسلحہ آتشیں سے پیدا ہوتے ہیں

اسلحہ آتشیں سے پیدا شدہ زخم اس لحاظ سے مختلف المنظر ہوتے ہیں کہ مرمی (projectile) کی جسامت اور قسم کیا ہے جس وقت وہ ٹکراتا ہے اسکی

کتنی رفتار ہوتی ہے، جسم سے آتشیں ہتھیار کتنے فاصلہ پر ہے اور یہ کس زاویے سے سر کیا جاتا ہے۔

بڑی گولیاں (bullets)، اگر باقی حالات مساوی ہوں تو کمتر جسامت کی گولیوں سے وسیع تر زخم پیدا کرتی ہیں۔ پرانی وضع کی کروی گولی عصر حاضرہ کی استوانہ نمامخروطی رُو (front) گولی کی نسبت اپنے ممر میں منصرف ہونے کا زیادہ امکان رکھتی ہے۔ موخرالذکر میزائل (missile) کی فانہ آسا خاصیتیں اور تیز تر رفتار اسے اس قابل بنادیتی ہیں کہ وہ ایسی رکاوٹوں سے کہ جو ایک کروی گولی کو بھیر دیں، پار گذر جاتی ہے۔ کروی گولی کی بہ نسبت ایک مخروطنما گولی جس کی رفتار تیز ہو بے انتہا زیادہ نقصان پہنچاتی ہے نہ صرف اس لئے کہ یہ ایسی بافتوں کے تو وہ سے جو کروی گولی کو نصف راستہ ہی میں روک لیں، پار گزر سکتی ہے بلکہ اس سبب سے بھی کہ اس کا نرم بافتوں کو کچلنے کا عمل اور ہڈیوں کو چکنا چور کرنے کی طاقت کروی گولی سے بہت ہی زیادہ ہوتی ہے۔

جب کوئی چھوٹی مخروط نما گولی جس کی رفتار تیز ہو جسم کی بعض نرم ساختوں میں سے اور کسی ہڈی سے ٹکرائے بغیر گذر جاتی ہے تو زخم مدخلی (entrance) اور زخم مخرجی (exit) بہت فرق نہیں پیش کرتے تاہم معمولی حالات میں یہ فرق معتدبہ ہوتا ہے۔ اگر کوئی گولی جسم میں سے اس سے کمتر رفتار کے ساتھ گزرے تو اس سے جو روزن مخرجی بنتا ہے وہ روزن مدخلی سے بہت ہی زیادہ کشادہ ہوتا ہے۔ اگر ہتھیار عین نشانہ پر سر کیا جائے تو زخم مدخلی کی جسامت گولی جتنی ہوگی اور اس کا خاکہ کم و بیش مدور ہوتا ہے اور کنارے پھٹے ہوئے ہوتے ہیں اور ہوسکتا ہے کہ ان کناروں کے زاوئی پلے بن جائیں، حواشی اکدم اور قدرے اندر کو مڑے ہوئے ہوتے ہیں البتہ جن حصوں میں زیر جلدی شحم بہت ہوتی ہے ان میں وہ باہر کو مڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ زخم مخرجی اس سے خرد تر اور خاکہ میں بے قاعدہ ہوگا، اس کے کنارے باہر کو مڑے ہوئے ہوتے ہیں اور زیر جلدی شحم کو منکشف کرتے ہیں۔ اگر ہتھیار اس طور پر پکڑا گیا ہو کہ جسم سے ترچھا زاویہ بناتا ہو تو زخم مدخلی مدور خاکہ

نہیں پیش کرتا' بلکہ بیضوی تر ہوتا ہے' اور جلد ایک جانب اکٹھی ہو گئی ہوتی ہے
فاصلہ سے پھینکی ہوئی (projected) گولی اگر اتنی صرف نہ ہو چکی ہو کہ گھس ہی
نہ سکے تو یہ بہ نسبت اس صورت کے کہ جب یہ اس سے زیادہ رفتار کے ساتھ آئی
ہو' ایک زیادہ بڑا اور زیادہ دریدہ زخم مخرجی پیدا کرتی ہے۔ لیکن اس امر کو اس فاصلہ
کا اندازہ لگانے کے لئے کہ جس سے ہتھیار سر کیا جاتا ہے' صرف ایک محدود
اہمیت دی جا سکتی ہے؛ ہتھیار کی قسم کا' اور استعمال کردہ آتشگیر مادہ کی
مقدار اور قوت کا بہت لحاظ کرنا پڑتا ہے۔

جب کوئی آتشیں ہتھیار جسم پر صرف چند انچ کے فاصلہ سے چھوڑا
جاتا ہے' تو ان مناظر کے علاوہ جن کی کیفیت بیان کی جا چکی ہے' زخم مدخلی سیاہ ہو جاتا
اور شاید جھلس جاتا ہے۔ دھماکے کے دھوئیں سے زخم منتشر طور پر سیاہ ہو جاتا 240
ہے' اور اس کے اندر بارود کے غیر محترق دانے گھس جانے سے ٹیٹو (tattoo)
بھی بن جاتا ہے۔ آتشیں ہتھیار کے منہ کا شعلہ' قریب کے بالوں کو جھلس دیتا' اور جلد
کو بھون دیتا ہے' مزید براں یہ زخم کے قریب کے کپڑے کو آگ لگا دیتا ہے' اور
اگر آتشیں ہتھیار کا منہ عین سطح جسم کے ساتھ متماس ہو' تو زخم مدخلی جلے ہونے
کے علاوہ آزادانہ طور سے دریدہ اور اکدم (ecchymosed) ہوتا ہے۔
دھواں نہ دینے والا بارود' نہ تو سیاہی پیدا کرتا ہے' نہ کوئی ٹیٹو (tattoo)
بناتا ہے۔

اگر چھروں سے بھری ہوئی بندوق کسی جسم میں اس وقت ماری
جائے جبکہ یہ اس کے قریب ہو' تو ایک تقریباً مدور روزن پیدا ہو جائے گا'
جو ایک گولی کے زخم سے زیادہ بڑا اور قدرے زیادہ بے قاعدہ' اور کناروں
پر کوفتہ ہوتا ہے۔ زخم مخرجی کے متعلق کوئی خاص بات نہیں کہی جا سکتی کیوں کہ
تمام ابتدائی بارود جسم سے نہیں نکلتا۔ لیکن اگر نکل جائے تو زخم مخرجی ایک گولی سے
پیدا شدہ زخم سے زیادہ بڑا اور زیادہ دریدہ ہوگا' اور ضرور ہے کہ یہ اپنے زخم
مدخلی سے نسبتہً بڑا ہو۔ بالعموم چھرے جسم میں جدا جدا منصرف ہوتے ہیں' اور
ایک ساتھ جسم کے پار نہیں گزرتے' اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زخم مخرجی

زخم مدخلی سے چھوٹا ہوتا ہے، اور اکثر اوقات مطلقاً کوئی زخم مخرجی پیدا نہیں ہوتا۔ اگر چھروں سے بھری ہوئی بندوق کے ذریعہ جسم پر تھوڑے فاصلہ سے فائر کیا جائے، تو چھروں کے ذریعہ سطح کم و بیش مشبک ہو جائے گی اور غالباً بعض چھروں کے ذریعہ، جو اتنے زیادہ منصرف نہیں ہوئے، ایک بے قاعدہ زخم بن جائیگا، اور اگر اس سے زیادہ فاصلہ ہو تو صرف منفرد چھروں کے زخم موجود ہوں گے۔
یہ امر کہ بالترتیب کس کس فاصلہ سے یہ مختلف نتائج مترتب ہوتے ہیں، صحیح طور پر دریافت کرنا ناممکن ہے، بعض بندوقیں دوسروں کی نسبت زیادہ دور تک مار کرتی ہیں، بارود کی کیفیت اور غالباً بھرنے کا طریقہ بھی ایک معتدبہ اثر رکھتا ہے۔

اگر مخرجی اور مدخلی دونوں زخم موجود ہوں، تو ان کے درمیان ایک خط کھینچئے اور اسے زخم مدخلی سے آگے اطالت پذیر کرنے سے اس امر کا اندازہ لگایا جا سکتا کہ ہتھیار کے سر کئے جانے کے وقت ہتھیار کا مقام کیا تھا۔ لیکن جو معلومات اس طرح حاصل ہوتی ہے، وہ زخم کے گردی گولی سے پیدا ہونے کی صورت میں بہ نسبت اس صورت کے کہ زخم مخروطی مرمی سے پیدا ہو کم تقہ ہوتی ہے، اس لئے کہ اول الذکر میں انصراف کا زیادہ احتمال ہے۔ جب یہ معلوم ہو جاتا ہے یا مستنبط ہو سکتا ہے کہ ہتھیار سر کئے جانے کے وقت متوفی کس جگہ تھا، تو وہ مقام بھی تخمیناً متحقق ہو سکتا ہے جہاں سے ہتھیار سر کیا گیا، مثلاً ایک آدمی میز پر کچھ لکھتے ہوئے گولی سے مار ڈالا جاتا ہے، اور اس کے جسم کا بالائی حصہ آگے اس میز پر گر پڑتا ہے، ایسی مثال میں اس امر کا متعین کرنا مشکل نہیں ہے کہ کس مقام سے ہتھیار سر کیا گیا اگر مرمی جسم کے پار گزر گیا ہو تو مدخلی اور مخرجی زخموں میں تمیز کرنا ضروری ہے۔
جب صرف ایک ہی زخم موجود ہو، تو آتشیں ہتھیار اور متوفی کے اضافی مقام کے متعلق اس امر سے سراغ مل سکتا ہے کہ مرمی نے کونسا راستہ اختیار کیا ہے، لیکن گولی کے امکانی انصراف کی رعایت کرنی ضروری ہے۔ گرد و نواح کی اشیا پر، مثلاً سامان آرائش پر یا مکان کی دیواروں پر مرمی سے پیدا شدہ نشان اس امر کا سراغ دیتے ہیں کہ ہتھیار کس سمت میں سر کیا گیا۔

مقدمہ حکومت بنام مانسن (Reg. v. Monson) ایڈنبرا (.Edin) ۱۸۹۳ء میں قیدی پر الزام لگایا گیا کہ اس نے اپنے دوست موسومہ بہ ہمبرا (Hambrough) کو اس وقت جبکہ وہ باہر شکار کھیل رہے تھے بندوق سے فائر کر کے قتل کر دیا ہے۔ لاش ایک رصیف (dyke) یعنی گھاس کی دیوار (turfwall) پر پائی گئی، اور تین درختوں پر جو جسم کے ساتھ ایک ہی خط میں تھے، چھروں کے نشانات پائے گئے۔ اگر یہ نشانات مہلک بارود کا نتیجہ تھے، تو یہ ثابت کرتے تھے کہ جب متوفی رصیف پر کھڑا ہوگا، بندوق افقی وضع میں چلائی گئی ہوگی، اور یہ امر قتل عمد پر دلالت کرتا تھا۔ فریق صفائی نے یہ حجت پیش کی کہ یہ نشانات ہمبرا (Hambrough) کی موت سے پہلے کے ہیں، گولیاں ہمبرا (-Ham borugh) کے سر پر ترچھی اور بیک تو وہ ٹکرائی تھیں، اور یہ امر ایک نہایت قلیل زد پر دلالت کرتا تھا۔ لٹل جون (Littlejohn)، تجربات کی بنا پر جو خاص طور پر کئے گئے اس نتیجہ پر پہنچا کہ متوفی کے سر سے ہتھیار کا فاصلہ ۳ اور ۱۹ فٹ کے بین بین اور غالباً ۹ فٹ تھا۔ فریق صفائی کی طرف سے ہے (Hay) نے ان تجربات کی بنا پر جو اسنے کئے، بیان کیا کہ مذکورہ بالا فاصلہ چند انچ سے چند فٹ تک یعنی بازو بھر لمبا تھا۔ چونکہ ہتھیار امبرائٹ (amberite) سے بھرا ہوا تھا جو کہ دھواں نہ دینے والا آتشگیر ہے، لہذا زخم کے قریب بارود کے نشانات یا سیاہی کا نہ ہونا کچھ معنی نہ رکھتا تھا چنانچہ "غیر ثابت شدہ" کا فیصلہ صادر کیا گیا۔

241

صرف بارود سے بھرے ہوئے آتشیں ہتھیاروں سے بھی خطرناک زخم پیدا ہو سکتے ہیں، بالخصوص جب کہ واڈنگ (wadding) کے طور پر استعمال کردہ شئے ٹھوس نوعیت کی ہو۔ اگر واڈنگ جلد میں گھس گئی ہو تو اس سے ثابت ہوتا ہے کہ ہتھیار جسم سے چند فٹ کے اندر چلایا گیا ہوگا۔

اگر گولی جسم کے اندر رہ گئی ہو تو یہ ہرگز گمان نہ کرنا چاہئیے کہ یہ فاصلہ پر سے ماری گئی ہے اور یہ کہ اس کا قوہ صرف ہو گیا ہے۔ اگرچہ رائفل (rifle) کی گولی کسی جسم میں تھوڑے سے فاصلہ سے ماری جائے تو معمولی حالات میں جسم کے پار گذر سکتی ہے لیکن سب ریوالوروں کا یہ حال نہیں ہے۔ ایک لمبی نالی والا رائفلی ریوالور (rifled revolver) اگر تھوڑے فاصلہ سے چلایا جائے تو غالباً

اسکی گولی جسم کے پار ہو جاتی ہے، لیکن چھوٹے جیبی ریوالور می کے بیشتر حصہ کو جسم کے اندر ہی چھوڑ دیتے ہیں، جب ایسے ہتھیار کا فائر سر پر اس کے قریب سے کیا جائے، تو گولی جمجمہ کے اندر ہی رہتی یا کھوپڑی کے کسی حصہ میں پیوست ہو جاتی ہے۔

گولی کپڑے کے پار گذر جانے سے جو چھید پڑ جاتے ہیں، ان کی جانب بھی توجہ مبذول کرنا ضروری ہے۔ ٹریور[1] (Trevor) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے کہ زخم مدخل کے گرد قمیض کے تار ایسی سمت میں بروز کرتے تھے کہ جو متوقع سمت کے مخالف تھی، اس کا سبب یہ تھا کہ خون کے فوارے سے یہ تار بھیگ گئے تھے اور بعدہٗ خون کی وجہ سے اکڑ گئے تھے۔ کپڑے کی بیرونی سطح قدرے جھلسی ہوئی تھی۔

اسلحہ آتشیں سے پیدا شدہ زخموں میں خطرہ زندگی کا اندازہ لگانے وقت یہ باور رکھنا چاہیئے کہ اگر تضرر کے فوری نتائج سے مخلصی حاصل ہو جائے تو اس کے بعد ممکن ہے کہ ثانوی نزف اور اس قسم کے گوناگوں التہابی اعمال شروع ہو جائیں کہ جو زندگی کے لئے خطرناک ہوں۔

بیان کیا جاتا ہے کہ اگر آتشیں ہتھیار اندھیرے میں اور حملہ کردہ شخص کے قرب میں چلایا جائے تو حملہ آور کو اس کی روشنی سے پہچان لینا ممکن نہیں، بہت کچھ فریقین کے اضافی مقام پر موقوف ہے۔ اگر حملہ آور جس شخص پر وہ گولی چلاتا ہے، اسکے میدان نظر کے بخوبی اندر ہو تو شناخت بالکل ممکن ہے لیکن اگر وہ انتہائی سرحد پر ہو، تو یہ امکان مشکوک ہے۔

زخم علاقہ علیت کے نقطہ نظر سے

طبی گواہ کا فرض اسی پر ختم نہیں ہو جاتا کہ اسلوب موت کے متعلق کسی نتیجہ پر پہنچ جائے۔ اکثر واقعات میں جب لاش کسی سرگذشت کے بغیر پائی جاتی ہے اور موت زخم کا نتیجہ ہوتی ہے، تو یہ سوال پوچھا جاتا ہے کہ زخم تشدد اتفاقی سے پیدا ہوئے تھے یا کہ تشدد قاتلانہ یا تشدد خودکشانہ سے پیدا ہوئے تھے۔

---

[1] Trans. of Med-leg. Soc. 1918.

یہ سوال اہم اور بعض مثالوں میں مرعوب کن ہوتا ہے (مرعوب کن اس لئے کہ جن علامات کی بنا پر جواب حاصل کیا جاتا ہے وہ مبہم ہوتی ہیں) اور ضرورت ہے کہ ان متعدد معیارات پر با قاعدہ بحث کی جائے جو عالمگیر تجربہ کی بنا پر منضبط ہو چکے ہیں اور جو تشخیص کے ذرائع ہیں، لیکن یہ امر بھی اس سے کم اہمیت نہیں رکھتا کہ انفرادی وارداتوں سے متعلق چھوٹی سے چھوٹی تفصیل کا بھی بغور مشاہدہ کیا جائے۔ زخم کے متعلق اس کے مقام، نوعیت یعنی شگافتہ ہے یا کوفتہ، سمت، اور وسعت کے نقطہ نظر سے بحث کی جا سکتی ہے۔
اگر لاش کا اسی وضع اور مقام پر امتحان کیا جائے کہ جس پر وہ ملی ہو، تو بیرونی تعلق کے حالات کا لحاظ کرنا ضروری ہے، جیسے نقوش پا، خون کے دھبے، کشمکش ہونے کی علامات، متوفی کے ہاتھ میں یا اس کی لاش کے قریب ہتھیار کی موجودگی، موت کے بعد کیا جسم کی وضع میں کوئی تبدیلی ہوئی ہے نیز دیگر امور جو ایک مشاہد آنکھ کو نظر آتے ہیں قبل اس کے کہ کسی چیز کو چھیڑا جائے، نوٹ بک ہاتھ میں لیکر ایسی دقیق تفتیش کرنا چاہیئے کہ تمام ممکن المشاہدہ تفاصیل حاصل ہو جائیں، اگر یہ احتیاط نہ کی جائے تو ممکن ہے کہ کوئی اہم تفصیل دریافت کرنی مشکل ہو جائے یا بالکل دریافت نہ ہو سکے۔

زخم کا مقام

کسی دوسرے شخص کے ہاتھ سے جسم کا ہر حصہ مجروح ہو سکتا ہے، بعض حصص ایک خودکشی کرنے والے کی رسائی سے باہر ہوتے ہیں، اور بعض کو وہ خود ترجیحاً منتخب کر لیتا ہے۔ یہ بدیہیات بہت حد تک درست ہیں لیکن مستثنیات سے خالی نہیں ہیں۔
ایک خودکشی کرنیوالا شخص مقدم حصہ اور جسم کے زیادہ منکشف حصوں کو منتخب کرتا ہے چنانچہ وہ شگافتہ زخموں اور وخزوں (stabs) کیلئے گلے اور سینہ کو، اور اسلحہ آتشیں استعمال کرتے وقت منہ، کنپٹیوں، منہ اور خطۂ قلبی کو منتخب کرتا ہے۔ خودکشی کے زخم کا مقام اضافی تواتر کے لحاظ سے مختلف ممالک میں مختلف ہوتا ہے، برطانیہ عظمیٰ میں خودکشی کرنیکے عام ترین اسالیب میں سے ایک یہ ہے کہ گلے کے زخم شگافتہ کے ذریعہ خودکشی کی جاتی ہے، براعظم یورپ میں گلے کے کٹاؤوں کی تعداد خودکشی کے دیگر زخمونکی

تعداد کے برابر نہیں ہے۔ گلے کے گھاؤ قتل کا شک پیدا کرتے ہیں۔ لیکن ایسی مثالیں مفقود نہیں کہ جن میں اس قسم کے زخم خودکشی کرنے والوں نے اپنے آپ کو خود لگائے ہیں۔ گلے کے گھاؤ جن کے ہمراہ کوئی دیگر تضرر نہ ہو، خودکشی یا قتل کی جانب اور حادثہ کے خلاف اشارہ کرتے ہیں۔ پشت کے گھاؤوں کا خودکشانہ ہونے کی بجائے قاتلانہ ہونے کا زیادہ امکان ہے لیکن قطع نظر اس رقبہ کے جو کہ کتفین سے ڈھکا ہوتا ہے اور اس فضا کے جو انکے درمیان ہے ایک آدمی اپنی پشت کو گھائل کر سکتا ہے بشرطیکہ اسکا یہ ارادہ ہو۔ معمولی خودکش جب زخم لگا کر اپنی زندگی کا خاتمہ کرنا چاہتا ہے تو وہ اسکے لئے کوئی معمولی مقام منتخب کرتا ہے، لیکن مجنونوں کا حال اس سے مختلف ہے ان کے لئے کسی ناشنیدہ طریقہ سے اپنی زندگی کا خاتمہ کر لینا ایسا ہی ممکن ہے جیسا کہ عام طریقوں میں سے کسی ایک کا اختیار کرنا۔ لٹل (Little) ایک واقع کی اطلاع دیتا ہے کہ ایک سی و شش سالہ عورت نے جو حال ہی میں دارالمجانین سے رہا ہوئی تھی، اپنی گردن کی پشت پر ایک کند ٹیبل چاقو (table-knife) سے ایک زخم لگا لیا۔ جس سے سر دھڑ سے نیم جدا ہو گیا، تمام بافتیں شوکی قنال تک کٹ گئیں، شوکی قنال کھل گئی اور نخاع بمشکل تضرر سے بچی۔ یہ عورت زخم لگانے کے چھٹے دن مر گئی۔ ایک اور واردات میں ایک آدمی کو کھڑا دیکھا گیا جس کے شکم میں ایک بڑا سا گھاؤ تھا جس میں سے وہ اپنی آنتوں کو کھینچ رہا تھا۔ لفائفی کی ایک گنڈلی جو کہ قریب قریب جدا ہو گئی تھی شکم کے باہر ہو رہی تھی، وہ چند گھنٹے ہی زندہ رہا۔ یہ معلوم کرنا باعث دلچسپی ہے کہ لفائفی کا خوب نمایاں انسداد معوی بھی موجود تھا جو کہ کئی دن کی مدت کا تھا۔

سر کے کوفتہ زخم اگر حادثہ کا نتیجہ نہ ہوں تو قتل کی علامت ہیں لیکن ایک مجنون شخص بھی خود کو ایسے زخم لگا سکتا ہے۔ سمتھ[1] (Smith) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے کہ ایک آدمی نے آئینہ کے سامنے کھڑے ہو کر اپنے سر کی چوٹی پر ایک ہتھوڑے سے، جو کہ تقریباً ۲ پونڈ وزنی تھا، متواتر ضربات لگائیں۔ اس سے ۳ انچ قطر کا رقبہ چاندلی سے معرا ہو گیا، اور ایک جمجمہ کا منخسف کسر دو انچ قطر کا پیدا ہو گیا، جس کے ارد گرد ہڈیاں چپٹی ہو گئی تھیں۔ سٹیپز[2] (Stapes) سر کے کوفتہ زدہ تضررات کا ایک عجیب وغریب واقعہ جو کہ اس کے ملاحظہ میں آیا پیش کرتا ہے اور مختلف مشاہدین کی

[1] Med. Times and Gazette, 1878
[2] Journ. Amer. Med. Assoc., 1887

تیرہ دیگر اصابتوں سے اس کی تکمیل کرتا ہے۔ ایک آدمی نے اپنے سر میں دو سنگین چھینیاں (chisels) ٹھوک لیں، جو کہ سوا آٹھ انچ لمبی اور قطر میں تین چوتھائی انچ تھیں، اور اس غرض کے لئے اس نے ایک ½۲ انچ وزنی چوبی ہتھوڑا استعمال کیا۔ ایک چھینی سر کے پار دائیں جانب سے بائیں جانب کو یوں ٹھوکی گئی کہ یہ دائیں صدغی خطہ میں داخل ہوگئی، اور تقریباً مستقیم خط میں بائیں سے برآمد ہوگئی، اس کی نوک ½ ۱ انچ نکلی ہوئی تھی اور اس کا سرا چاندلی کے قریب تک گھسا ہوا تھا۔ دوسری چھینی پیشانی کے وسط میں ٹھوکی گئی جو جبھی لختہ میں کم از کم ½ انچ دھس گئی۔ تضررات لگانے کے بعد وہ آدمی، سر میں چھینیاں ٹھکی ہوئیں، ایک آئینہ دار دروازے کے قریب آیا، جس میں سے دو آدمیوں نے اسے دیکھا، اسنے جھک کر دروازہ کا قفل کھولنے کی کوشش کی لیکن اس میں کامیاب نہ ہوا۔ جب دروازہ توڑ کر کھولا گیا، تو وہ بغیر کسی کی مدد کے ۴ فٹ تک چلا، اور بول بھی سکتا تھا، چھینیاں بڑی مشکل سے نکالی گئیں، اور ۸ گھنٹہ بعد وہ مرگیا۔ سر کی شدید ضربات کے بعد کیا فوری اثرات پیدا ہوتے ہیں، مذکورہ بالا اصابتوں سے اس کے متعلق بہت کچھ سیکھا جا سکتا ہے دونوں اصابتوں میں متواتر ضربات لگانے کے باوجود بے ہوشی طاری نہ ہوئی، اور دوسری اصابت میں مریض نہ صرف ہوش میں تھا، بلکہ تضررات کی مایوس کن نوعیت کے باوجود باتیں کرسکتا اور چل سکتا تھا جب طبی گواہ کو اس امر کے متعلق استفسار کیا جائے کہ اس طرح کے زخم خود زدہ ہو سکتے ہیں یا نہیں، اور سر کی شدید ضربات کے بعد خواہ وہ خود زدہ ہوں یا نہ ہوں، ان افراد کے ہوش ٹھیک رہنے یا نقل مکانی یا تکلم کی قابلیت قائم رہنے کا امکان ہے یا نہیں؟ تو طبیب کو متذکرہ صدر مثالیں پیش نظر رکھنی چاہئیں۔

خودکشانہ زخم جو سر پر چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں، بالعموم ایک محدود رقبہ کے اندر لگائے جاتے ہیں، اور ان کی کم و بیش ایک ہی سمت ہوتی ہے۔ عام طور سے یہ سر کی چوٹی پر یا سر کے سامنے ہوتے ہیں، اس لئے کہ یہ سب سے زیادہ قابل رسائی حصص ہیں۔ جسم پر دیگر زخموں کی موجودگی بھی معنی خیز ہوتی ہے۔ آیا وہ سب خودکشی کی علیت کے موافق ہیں یا زیادہ قاتلانہ زخموں سے مماثلات رکھتے ہیں۔ مزاحمت کی علامات خاصکر ہاتھوں اور بازوؤں پر تلاش کرنا چاہئیں۔ سر کے قاتلانہ زخم اکثر اوقات قتل

243

پراقذال کی جانب کو واقع ہوتے ہیں، کیونکہ مقتول پر پیچھے سے حملہ کیا جاتا ہے۔ اگر مقتول پہلی ضرب سے بے ہوش نہ ہو جائے تو وہ بے اختیار اپنے سر کو بچانے کیلئے ہاتھ آگے کر دیتا ہے، بدیں وجہ غالباً انگلیوں کی پشت کوفتہ ہو جاتی ہے۔ سر کے اتفاقی زخم جب سر کے بل گرنے کا نتیجہ ہوتے ہیں تو یہ عام طور سے قمہ پر واقع ہوتے ہیں اور واحد ضرب سے پیدا شدہ تفرق کی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اگر جسم بہت بلندی سے گرے تو یہ ضرب اتنی زوردار ہوتی ہے کہ جمجمہ کے کاسہ کو پھوڑ کر پاش پاش کر دیتی ہے۔ پتھروں اور ایسی دیگر اشیا سے، جو ہوا میں اڑ کر سر سے ٹکرائیں، پیدا شدہ اتفاقی زخم لازماً سر کے ہر حصہ میں پائے جا سکتے ہیں۔

مردانہ اعضا تناسلی کے زخم، اگر اتفاقی نہ ہوں، تو بیشتر خود زدہ ہوتے ہیں۔ ایک آدمی جو صنفی مانومینیا (monomania) یا جنون کی کسی دیگر شکل میں مبتلا ہو، کہ جس میں یہ خیال ثابتہ غالب ہو کہ اس کی مصیبت کا سبب صنفی اعضا یا فعلیتیں ہی ہیں، اسکے قضیب یا خصیوں یا دونوں چیزوں کو معہ صفن کے کاٹ ڈالنا ایک عام فعل ہے۔ بعض اوقات مردانہ اعضا تناسلی کے زخم بغرض انتقام مجرمانہ طور پر لگائے جاتے ہیں۔ زنانہ تناسلی اعضا کے زخم بیشتر اتفاقی یا مجرمانہ تشدد کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

جوارح کے شگافتہ اور تخریتی زخم مجرمانہ تشدد کا یا حادثہ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اوّل الذکر صورت میں یہ اکثر اوقات مدافعت کی مساعی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ گاہے خودکشندہ نزف سے موت واقع کرنے کی غرض سے بازو یا ٹانگ میں شگاف دے لیتے ہیں۔

نوعیت زخم

کوفتہ زخم عام طور سے یا تو اتفاقی یا قاتلانہ ہوتے ہیں، خودکشانہ نوعیت کے ہرگز نہیں ہوتے۔ شگافتہ اور تخریتی زخم قاتلانہ یا خودکشانہ یا اتفاقی ہوتے ہیں، یہ امر کہ کونسی صورت اغلب ہے اس امر پر منحصر ہے کہ ان کا مقام اور وسعت کیا ہے۔ جہاں تک مقام کا تعلق ہے، یہ بیان ان زخموں کے متعلق بھی صحیح ہے جو

اسلحہ آتشیں سے پیدا ہوتے ہیں ۔

اگر موت واقع کرنے کے غیر معمولی طریقے برتے گئے ہوں، تو بعض اوقات ان کی قاتلانہ یا خودکشانہ اصل کا راز فاش ہوجاتا ہے، اور بعض اوقات قرائینی شہادت یا عینی شہادت کے فقدان کی وجہ سے تمام معاملہ مشکوک رہ جاتا ہے۔ اول الذکر جماعت میں وہ اصابتیں شامل ہیں جن میں کوئی شخص اپنے اتلاف کے لئے ایک مکمل آلہ تیار کر لیتا ہے، مثلاً ایک شخص نے ایک گلوٹین (guillotine) تعمیر کی، اس طور پر کہ جب ایک بھبکے سے جس کے پیندے میں سوراخ تھا، پانی کی کچھ مقدار نکل چکتی تھی، تو ایک معلق کلہاڑے کا پھل گر پڑتا تھا، بالفاظ دیگر بھبکے سے پانی کے بہ جانے سے وزن میں کمی ہوجاتی تھی، اور اس سے بالآخر ایک رکاوٹ جس سے کلہاڑی کا پھل اٹکا ہوا تھا ہٹ جاتی تھی۔ ایک کھلا ہوا گڑھا تیار کیا گیا جس میں خودکشندہ نے ناک تلے ایتھر (ether) کی بہت بڑی مقدار کھلی رکھ دی۔ کلہاڑا اپنے وقت پر گرا اور مشین بنانے والا، جو غالباً مخدر ہوگیا تھا یا شائد ایتھر کے بخارات کی دم کشیدگی سے ہلاک ہوگیا تھا، اس کا سر قلم ہوگیا۔ لیڈمین[1] (Leadman) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے کہ ایک آدمی نے اس طرح خودکشی کر لی کہ اس نے منہ میں ایک ڈنا مائیٹ کارتوس (dynamite cartridge) رکھکر اسکے فتیلہ کو روشن کر دیا تاکہ دھماکا ہو۔ اس کا نرم تالو اور زبان پھٹ کر پاش پاش ہوگئی، دانت ٹوٹ کر جدا ہوگئے، فوقانی فکی ہڈیاں جدا اور شکستہ ہوگئیں، زیریں فک بیس ٹکڑوں میں ٹوٹ گیا، لیکن اس سب کے باوجود ہونٹوں اور گالوں کی جلد مسلم رہی۔ یہ آدمی دو گھنٹہ زندہ رہا۔ اس طرح کے اور واقعات بھی پیش آئے ہیں[2]۔ اس اسلوب کی موت صرف خودکشی سے یا حادثہ سے واقع ہوسکتی ہے، اول الذکر سے واقع ہونے کا امکان بہت زیادہ اغلب ہے۔

244

[1] Boston Med. and Surg. Journ., 1880

[2] Brit. Med. Journ. 1881

غیر معمولی طریقہ سے واقع شدہ موت کی مثال جو عینی گواہوں کی عدم موجودگی میں قتل کا اشتباہ پیدا کرتی ہے، ذیل میں ایک نمایاں واقعہ ہے جو کہ سٹیفن (Stephens) نے قلمبند کیا ہے۔ ایک آدمی جو مالیخولیا میں مبتلا تھا (اور جو کچھ عرصہ قبل دارالمجانین سے رہا ہوا تھا) لوہے کو گرم کر کے اور اس کو کوٹ کر کیل بنا رہا تھا۔ اتنے میں کیا دیکھتے ہیں کہ وہ ایک سرخ دھکتی ہوئی دو فٹ لمبی آہنی سلاخ کا ٹھنڈا سرا دیوار سے لگائے ہوئے اور اس کا گرم سر اشکم پر رکھے ہوئے ہے، اس کے شرکائے کار میں سے ایک نے دھکا مار کر اس کے ہاتھ سے لوہا گرا دیا¹ اس پر وہ کہنے لگا کہ اگر اس کو اپنا فعل جاری رکھنے دیا جائے تو وہ بھلا چنگا ہو جائیگا۔ اسے ایسا کرنے کی اجازت دے دی گئی، زیادہ عرصہ نہ ہوا کہ اس نے لوہے کو سفید دھکتا ہوا کر لیا، اور وہ شکم کے اندر اسکے چار پانچ انچ ٹھونسنے میں کامیاب ہو گیا۔ اگلے وہ دن مر گیا۔

زخم کا رُخ اور اس کی وسعت

اکثر مرد اور عورتیں ایمن (right handed) ہوتی ہیں، بدیں وجہ خود کشانہ طور پر لگے ہوئے شگافتہ یا تخزتی زخم بالعموم کم و بیش متعین رخ اختیار کرتے ہیں، اس لئے کہ دست راست استعمال کیا جاتا ہے لیکن اگر ان مستثنیات سے قطع نظر کریں جو بداہتہً ایسر اشخاص کی صورت میں پیش آتی ہیں تو وہ شہادت جو کہ کسی زخم کے رخ سے حاصل ہوتی ہے قطعی طور سے شخص نہیں متصور ہو سکتی۔ یہ بالکل صحیح ہے کہ زخم کے رُخ کی بنا پر اکثر اوقات خود کشانہ یا قاتلانہ سببیت کے متعلق رائے قائم کیجا سکتی ہے، تاہم اگر یہ رُخ اس سمت سے جو کہ خود کشی کے زخموں کی خصوصیت قرار دی جاتی ہے، اتفاق نہ کرے، تو اس بنا پر خود کشی بحث سے

---

¹ Bristol Med. Journ., 1888

خارج نہیں کیجا سکتی، الّا یہ کہ مقام اور سمت ایسا ہو کہ زخم کا خود زدہ ہونا ممکن ہی نہ ہو۔ تجربہ سکھاتا ہے کہ مذکورہ بالا کلی قواعد کو مخصوص اصابتوں پر منطبق کرنے میں سخت احتیاط کی ضرورت ہے، لہذا تمام مشکوک اصابتوں میں استثنائی وقوعات کی رعایت کرنا ضروری ہے۔

گلے کے شگافتہ زخم جو ایمن اشخاص کے خود زدہ ہوں، بالعموم ترچھی سمت میں بائیں سے دائیں جانب اس طرح جاتے ہیں کہ چیر کی ابتدا بہ نسبت انتہا کے بلند تر لیول پر ہوتی ہے۔ انکے بنانے میں چاقو یا استرے کا پھل گلے کی بائیں جانب سے درقی (thyroid) کری کے اوپر رکھ کر ترچھا عرضاً دائیں جانب، نیچے کو چلایا جاتا ہے۔ یہ ایک کلیہ ہے لیکن اسکی مستثنیات بھی ہیں میکنزی[۱] (Mackenzie) نے ایک واقعہ قلمبند کیا ہے کہ ایک شخص نے اپنا گلا کاٹ لیا، زخم گلے کے دائیں جانب پر تھا، اور فک کے زاویہ سے لامی ہڈی (hyoid bone) کے لیول پر تقریباً گردن کے خط وسطانی تک جاتا تھا، اور اس کی سمت دائیں سے بائیں کو تھی۔ ابتداءِ شگاف صاف تھا، اختتام پر کچلا ہوا اور بے قاعدہ تھا مریض نے جو کہ ایمن تھا بعد میں تشریح کرکے بتایا کہ اس نے استرا (جو کہ کند تھا) دائیں ہاتھ میں پکڑا تھا اور اس نے پیچھے سے آگے کی جانب کو کاٹا تھا۔

خود کشی میں گلا کاٹ زخم بعض اوقات درقی کری سے نیچے بنائے جاتے ہیں۔ ایسے زخم بالعموم لمبائی میں چھوٹے، اور سمت میں افقی ہوتے ہیں اور حلق کے وسط پر قصی حلمی عضلات (sternomastoids) کے درمیان، جو کہ لبا اوقات تفرر سے بچ جاتے ہیں، واقع ہوتے ہیں بعض اوقات گردن کے مقدم قطعہ کی نرم ساختیں سب کی سب ایک ہی وار میں صاف کٹ جاتی ہیں۔ خود کشانہ گردن کاٹ زخموں میں جلد بالعموم سب ساختوں سے آخر میں کٹتی ہے، اور جیسے جیسے زخم اپنے اختتام کو پہنچتا ہے، بتدریج اتھلا ہوتا جاتا ہے۔ گردن کے قاتلانہ زخموں میں زخم کا سرا لبا اوقات زیر بریدہ ہوتا ہے، یعنی

245

[۱] Brit. Med. Journ. 1887

جلد اس حد تک نہیں کٹتی کہ جس حد تک اس کے نیچے کی بافتیں کٹتی ہیں۔ حلق کے وسیع زخموں کے متعلق اکثر دو بیانات تسلیم کئے جاتے ہیں۔ ایک یہ کہ جب سباتی (carotid) شریان یا وداجی (jugular) ورید زخمی ہو چکتی ہے، تو وہ شخص جو اسطور پر متضرر ہوتا ہے فوراً قابلیت حرکت سے محروم ہو جاتا ہے اور اسی وقت مر جاتا ہے۔ دوسرا یہ کہ خودکشندوں کی صورت میں شگاف کبھی اتنا گہرا نہیں ہوتا کہ جس سے اجسام فقری ماؤف ہو جائیں۔ ایک اصابت سے جو کہ ۱۸۸۳ء میں سالفورڈ رائل ہسپتال (Salford Royal Hospital) میں پیش آئی ان دونوں بیانات کی تغلیط ہوتی ہے۔ ایک آدمی مکسور فخذیہ (femur) کی وجہ سے داخل کیا گیا اور وارڈ (ward) میں منتقل کئے جانیکی غرض سے اس کو ایک مرفاع (hoist) پر رکھا گیا۔ بالائی منزل میں ایک ممرضہ (nurse) نے اس وقت جب کہ وہ آدمی اوپر جا رہا تھا اتفاقاً مرفاع پر نگاہ ڈالی، اور یہ دیکھا کہ اس آدمی نے اپنی جیب سے ایک جیبی چاقو نکالا ہے اور اس کا پھل اپنے حلق پر رکھ لیا ہے۔ ممرضہ نے شور مچایا اور لفٹ (lift) روک لیگئی، اور ایک ہوس سرجن (house surgeon) اور ایک قلی (cooly) نے اس آدمی کو پکڑ کر اُسے مزید نقصان کرنے سے روک دیا۔ اس نے ایک بڑا زخم لگا لیا تھا، اور اُن مساعی کے باوجود جو اُسے باز رکھنے کے لئے کی گئیں، وہ زخم میں اپنی انگلیاں ڈالنے اور پھاڑ کر اُسے مزید کشادہ کرنے میں کامیاب ہو گیا۔ وہ چند ہی منٹ میں مر گیا۔ مصنف ہذا نے موت کے فوراً بعد اس کا امتحان کیا اور دائیں سباتی (carotid) شریان اور وداجی (jugular) شریان کٹی ہوئی اور ایک فقرہ کے جسم پر چاقو کے پھل سے واضح طور پر کٹا ڈُپڑا ہوا پایا۔ مکسور فخذیہ جسکی وجہ سے مریض داخل کیا گیا تھا، بلندی سے سقط ہونے کا نتیجہ تھی، جو کہ اس وقت اتفاقی گمان کیا گیا، لیکن دراصل یہ خودکشی کے اقدام کا نتیجہ تھی، اور اس میں ناکام ہو جانے پر اس آدمی نے اولین موقعہ سے فائدہ اٹھایا، اپنے ارادہ کو ایک دوسرے طریقہ سے پورا کیا۔ یہ امر غیر اغلب نہیں ہے کہ ممرضہ کی چیخ پکار نے اس کی مایوسی کو بڑھا دیا ہو اور اس نے غیر معمولی

قوت استعمال کردی ہو، اور اس سے فقرات کا تضرر ہو گیا ہو۔

اس امر کی کہ وہ تضررات، جو کہ ایک خودکشندہ اپنے حلق کو لگا لیتا ہے، کتنے وسیع ہوتے ہیں، ایک اور مریض سے مثال ملتی ہے جو سلفارڈ دارالشفاء (Salford Hospital) میں داخل ہوا اور جسکی لارڈ[1] (Lord) نے اطلاع دی ہے۔ ایک ہشت و پنجاہ سالہ آدمی کمرۂ حادثات میں لایا گیا، اس کے حلق میں ایک بڑا اور کھلا ہوا زخم تھا۔ وہ داخلہ کے چند منٹ بعد یعنی تضرر کے بعد ایک گھنٹہ سے زائد تک زندہ رہنے کے بعد مرگیا۔ تھوڑی دیر بعد اس کا بیٹا آموجود ہوا۔ اس کے ہاتھ میں کوئی شئے تھی، اور اس نے کہا کہ اسکے باپ نے اس شئے کو اپنے گلے سے کاٹ کر نکالا ہے، یہ مکمل حنجرہ یعنی درقی (thyroid) اور حلقی (cricoid) کریاں، قصبۃ الریہ کا پہلا حلقہ اور دوسرے حلقہ کا ایک جزو تھا۔ سب کا سب بغیر گردن کے بڑے عروق کو متضرر کیے صاف کاٹ لیا گیا تھا۔ ہیریسن[2] (Harrison) اس کے مماثل ایک واقعہ (case) بیان کرتا ہے کہ ایک ۴۱ سال کی عورت نے بغیر سباتی شریانوں کو متضرر کئے اپنا حنجرہ، غضروف حلقیہ (cricoid)، اور قصبہ کے پانچ حلقے کاٹ کر نکال لئے، سرعت سے موت واقع ہو گئی۔ ایک تیسرے واقعہ میں جس کی اطلاع اکزل[3] (Aczel) نے دی ہے، ایک عورت نے اپنا حنجرہ بغیر ہم پہلو بڑے عروق کو متضرر کئے کاٹ کر جدا کرلیا، جس کے بعد وہ چھ اور سات گھنٹہ کے بین بین زندہ رہی۔ گردن و سینہ کے بے شمار اور شدید خود زدہ تضررات کے بعد کچھ دیر زندہ رہنے کی مثال ایک واقعہ سے ملتی ہے جو کہ مڈلسیکس ہسپتال (Middlesex Hospital) میں ہلک[4] (Hulke) کے زیر نگرانی داخل کیا گیا۔ ایک آدمی نے موچی کی رنبی کے ذریعہ اپنی گردن کو

246

---

[1] Trans. Path. Soc. Manchester 1892

[2] Brit. Med. Journ. 1888

[3] Gyoyaszat 1894

[4] The Lancet 1889

پیچھے سے کاٹ لینے کی کوشش کی تاکہ خودکشی کرے۔ یہ کوشش ناکام ہو جانے پر اس نے اپنے سینہ میں پے درپے کوچے لگائے اور آخر کار اپنا حلق کاٹ لیا۔ گردن کی گدی (nape) پر تین گہرے دندانے دار اور شگافتہ زخم موجود تھے، ایک دندانے دار شگافتہ زخم بائیں قصی حلمی عضلہ کے پچھلے کنارے سے لیکر دائیں قصی حلمی عضلہ (sternomastoid) کے وسط تک حلق کے مقدم حصہ کو عبور کرتا تھا اور اس نے لامی ہڈی کے منخفضات کو اور درقی کری کے ایک جزو کو کاٹ کر جدا کر دیا تھا۔ سینہ کی بائیں جانب کے سامنے چار کوچے تھے، جن میں سے دو ایسے تھے جو بلوری تاجوں کے اندر جا نکلتے تھے، یہ آدمی ایک ہفتہ زندہ رہا۔

اگر کوئی امین شخص حلق میں قاتلانہ شگافتہ زخم مقتول کے سامنے ہو کر لگائے، تو ان کا رخ بالعموم دائیں سے بائیں کو ہوتا ہے۔ اگر حملہ آور شخص مقتول کے پیچھے کھڑا ہو، تو ممکن ہے زخم خودکشانہ اصل کے زخم سے قریبی مشابہت رکھتا ہو، کیوں کہ اس کے ہاتھ کی حرکت اور مقام بہت حد تک ایسے شخص کا سا ہوتا ہے کہ جو خود حلق پر زخم لگاتا ہے ایسی اصابت میں شگاف کا رخ بائیں سے دائیں کو ہوتا ہے، تمام نرم ساختیں غالباً نیچے فقرات تک چر جاتی ہیں، اور کسی ایک فقرہ میں کٹاؤ پڑ سکتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ حلق کے سامنے کی نرم ساختوں کا نہایت گہرا اور وسیع کٹاؤ، بالخصوص جبکہ فقرہ میں بھی کٹاؤ پڑا ہوا ہو، قتل پر دلالت کرتا ہے۔ یہ دلالت بالعموم صحیح نکلتی ہے، لیکن جیسا کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے، ایسی ہی ایک کیفیت بطور استثناء خودکشانہ گلو بریدگی میں بھی ملتی ہے۔

سینہ کی خودکشانہ ہولیں امین اشخاص میں بالعموم بائیں جانب پر ہوتی ہیں، اور نیچے اور اندر کا رخ اختیار کرتی ہیں۔ اگر ایک سے زیادہ زخم ہوں، تو بالعموم سب کے سب ایک محدود رقبہ کے اندر ہی پائے جاتے ہیں۔ سینہ کی قاتلانہ علیت کی متعدد ہولیں بالعموم اس سے وسیع تر رقبہ میں پھیلی ہوتی ہیں، اور سمت میں زیادہ افقی ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ ان کی سمت نیچے سے اوپر کو ہو جو کہ خودکشی کی ہولوں میں شاذ طور پر ہوتی ہے۔ سینہ کے سامنے متعدد وخزی زخم جن میں سے ایک سے زیادہ زخم سریع موت واقع کرنے کے لئے کافی ہوں،

ضرور نہیں کہ خودکشی کی نفی کریں اس قسم کا ایک سبق آموز واقعہ نیونہم[1] (Newnham)
نے بیان کیا ہے۔ ایک آدمی مردہ پایا گیا، جس کی دائیں مٹھی مضبوطی سے بندھی
ہوئی تھی، اور جس کے آگے فرش پر ایک چاقو پڑا ہوا تھا سینہ کے سامنے بائیں حلمہ سے
ایک انچ اندر کی جانب اور $\frac{3}{4}$ انچ اوپر کی جانب پانچ زخم تھے، ان کا رخ عرضی اور
ہر ایک زخم $\frac{3}{4}$ انچ لمبا اور $\frac{1}{4}$ انچ چوڑا تھا۔ حلمہ سے ذرا اندر کی جانب نصف
انچ لمبا ایک اور زخم تھا۔ اور حلمہ سے ایک انچ نیچے کی جانب بھی ایک چھوٹا سا
زخم تھا اور یہ بھی طول میں نصف انچ تھا۔ جن چھ زخموں کا سب سے پہلے ذکر کیا گیا
ہے، ان کا رخ نیچے کی جانب اور قدرے اندر کی جانب تھا۔ سب کے سب
بیرونی طور پر تیسری بین ضلعی فضا سے متناظر تھے، اور سینہ کی دیوار کو چوتھی بین
فضا میں چھیدتے تھے۔ گرد قلبہ (pericardium) کی بائیں جانب ایک عرضی
زخم تھا جس کا طول ایک انچ تھا۔ بایاں بطین دو عرضی زخموں سے چھدا ہوا تھا،
ہر ایک زخم $\frac{3}{4}$ انچ تھا۔ قلب تین مقامات پر زخمی ہوا تھا، یہ سب کے سب
زخم خودکشانہ اصل رکھتے تھے۔ ان زخموں کا تعدد قتل کی علامت تصور کیا
جاسکتا ہے، لیکن ان کا انتہائی طور پر محدود رقبہ گھیرنا اس نظریہ کے خلاف ہے۔

پھل کے جن واروں سے مختلف بیرونی زخم پیدا ہوئے تھے ان میں ایک
سے زیادہ وار اس قدر ہم سمت تھے کہ گرد قلبہ میں ایک بڑا سا سوراخ
بن گیا تھا، اور بطین کے دو ثاقب زخم صرف بطینی دیوار کے ایک تنگ
ٹکڑے کے ذریعہ جدا تھے۔ یہ امر نہایت ہی غیر اغلب تھا کہ متعدد زخم
قاتلانہ طور پر لگائے ہوئے ہوں اور پھر بھی اس قدر قریب قریب واقع ہوں، کیوں کہ مقتول کا
بچنے کی غرض سے کش مکش کرنا چاقو کی ضرب پر ہر بار سینہ کا ایک نیا حصہ پیش
کرے گا۔ یہ امر کہ دایاں ہاتھ مضبوطی سے بند تھا اور چاقو فرش پر پڑا ہوا پایا گیا،
ممکن ہے کسی مشکوک واقعہ میں ظن پیدا کرتا۔ جب کوئی حربہ جو زخم کا موجب
ہوا ہو ایسے ہاتھ میں مضبوطی سے پکڑا ہوا پایا جائے کہ جو زخم کی سمت اور مقام

247

[1] Brit. Med. Journ. 1868

مطابق ہو تو خودکشی کے گمان کی بڑے زور سے تصدیق ہوتی ہے۔ اگر حربہ ہاتھ میں اس طرح ڈھیلے طور پر پڑا ہوا ہو کہ اس کو بلا دقت نکال لیا جا سکے، تو اس سے کوئی ثقہ نتیجہ نکالا نہیں جا سکتا۔ ممکن ہے کہ واقعہ خودکشی ہی کا ہو، یا کسی دیگر شخص نے زخم لگا چکنے کے بعد خودکشی کا دھوکا دینے کے لئے حربہ کو اس جگہ جہاں وہ ملا، رکھ دیا ہو۔

پشت کے ثاقب زخموں میں قتل کا قوی گمان ہوتا ہے۔ یہ استثنائی مثالوں میں حادثہ کا نتیجہ بھی ہو سکتے ہیں مثلاً اسوقت جب کوئی آدمی پیچھے کی جانب کسی نوکدار شئے پر گر پڑتا ہے۔

خودکشی اور قتل کے درمیان، اسوقت جبکہ موت کاٹنے والے آلات سے لگے ہوئے زخموں کا نتیجہ ہو، امتیاز کرنے کے لئے ہاتھوں اور انگلیوں پر چیروں کی موجودگی کو معتدبہ اہمیت دی جاتی ہے، اور انھیں قاتلانہ تشدد کی مدافعت کی علامات تصور کیا جاتا ہے۔ الگزنڈر[1] (Alexander) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے کہ ایک عہدہ دار کو دو گہرے شگافتہ زخم شکم کے سامنے تھے، اور ایک زخم پشت پر شوکہ کے قریب تھا، بائیں پستان کے پاس چھبیس زخم تھے جن میں بعض سینہ کو چھید نے تھے، اور دونوں ہاتھ ہیبتناک طور پر کچلے ہوئے تھے۔ مریض کے پاس ہی ایک خنجر خون میں لتھڑا ہوا، اور ۴۵ درجہ کے زاویہ پر مڑا ہوا پڑا تھا۔ یہ مریض کئی گھنٹے زندہ رہا اور اس نے بیان کیا کہ اس نے خنجر کا قبضہ دیوار پر ٹیک کر اور پھل کی نوک پر دب کر خود کو چھیدنے کی کوشش کی تھی، اور پھر ناکام ہو کر دوسری مرتبہ بھی کوشش کی تھی جس سے پھل شکم میں گھس کر شوکہ سے جا ٹکرایا تھا، اس نے اسے بڑی مشکل سے باہر نکالا تھا، اور اس کو کھینچنے کے فعل کی اثنا میں اسکے ہاتھ کٹ گئے تھے، بعدہٗ اس نے قلب کو چھیدنے کا اقدام کیا تھا۔ ایک ایسا ہی مریض یونیورسٹی چارج ہسپتال میں داخل ہو کر بیک[2] (Beck) کے زیر علاج آیا

---

[1] The Lancet 1885.

[2] The Lancet 1882.

ایک آدمی نے سینہ پر بائیں پستان سے ذرا نیچے اور باہر کی جانب تلوار کی نوک رکھ لی تھی اور ایک فولادی تلوار کی جانب زور کر نوک کو اندر گھسا دیا تھا۔ یہ پھل ذرا نیچے کو اور دائیں جانب کو گھس کر ۱۱ انچ پیچھے چلا گیا تھا، اور بڑی مضبوطی سے گڑا ہوا تھا اور مشکل سے چھڑایا گیا کیوں کہ غالباً یہ کسی فقرہ (vertebra) میں کھب گیا تھا۔ نقطہ ادخال پر ایک پسلی شکستہ تھی۔ یہ شخص جب دارالشفا میں داخل کیا گیا تو زندہ تھا۔

مشکا[1] (Maschka) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے جو کہ اس امر کی مثال مہیا کرتا ہے کہ مجنون فعل خودکشی میں بسا اوقات وافر تشدد برتتے ہیں۔ ایک یک و پنجاہ سالہ آدمی دار المجانین میں دو ماہ رہنے کے بعد یہاں تک بحال ہو گیا کہ اس کو ایک چاقو سیب کاٹنے کے لئے دے دیا گیا۔ بعدہٗ کیا دیکھتے ہیں کہ اس کو کم از کم ۲۸۵ تخرتی زخموں سے افراط سے خون بہ رہا ہے جن میں سے دو سو زخم تو سینہ کے بائیں نصف پر ہیں اور پچاس زخم بائیں پیش بازو کی اندرونی جانب پر اور ۲۸ دائیں بازو کی اندرونی جانب پر ہیں۔ بائیں کعبری (radial) اور زندی (ulnar) شرائین کٹی ہوئی تھیں، سینہ کے زخموں میں سے چھ تو سینہ کو چھید تے تھے، اور بایاں پھیپھڑا خون سے، جو کہ بلوری تا چہ میں جمع ہو گیا تھا، مضغوط ہو گیا تھا۔ یہ آدمی تقریباً ۲۴ گھنٹے زندہ رہا اور آخر کار نزف سے مر گیا۔

عمومی علتی علامات

248

اس امر کے متعلق کہ موت خودکشی کا نتیجہ ہے یا کہ حادثہ کا یا کہ قتل کا، جن علامات کی بنا پر رائے قائم کی جاتی ہے یا رائے کی توثیق کی جاتی ہے وہ حسب ذیل علامات پر مشتمل ہیں۔ جسم کی وضع اس وقت جس وقت وہ ملا، اس پر کوفتگیوں یا خون کے داغوں کی

[1] Prag. Med. Wochenschr

موجودگی، لباس اور ماحول کی حالت، حربہ کی موجودگی، بلحاظ لاش کے حربہ کا کیا مقام ہے، اور آتشیں ہتھیار کے سوا کوئی دیگر حربہ ہو تو اس پر خون کے نشانات۔

جسم کی وضع سے یہ پتہ چل سکتا ہے کہ زخم کس طور سے پیدا ہوا، بالخصوص اس وقت جب کہ اس پر ماحول کے لحاظ سے غور کیا جائے۔ جب کسی مشکوک واقعہ کی تفتیش کے لئے طلب کیا جائے تو جس کمرے میں لاش ملی ہو، اس کے فرش پر اور قریب کے برآمدہ میں نقوش پا کی بغور تلاش کرنی چاہئے اور جب تک خوب تفتیش نہ ہو لے آمد و رفت کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ اگر خون فرش پر گرا ہو تو قتل کی صورت میں اغلب یہ ہے کہ قاتل اس پر پیر رکھکر چلا ہے، اور نشانات پیدا کر دیئے ہیں، جو بعد کی نقل و حرکت کے مظہر ہیں۔ غلطی سے بچنے کے لئے متوفی کے پاؤں کے تلوؤں کا معائنہ کرنا چاہئے کیوں کہ ممکن ہے کہ ایک شخص خود کو مہلک طور پر زخمی کرنے اور فرش کو خون سے آلودہ کرنے کے بعد فرش پر پاؤں رکھے اور چلے پھرے، اور اس طرح سے مشکوک نقوش پا پیدا ہو جائیں، اور اگر اس نے ایسا کیا ہے تو نقوش پا کے ساتھ اصل نزف کی امارات بھی پائی جائیں گی، کیوں کہ جس اثنا میں کہ فرد کمرہ میں چلتا پھرتا ہے، زخمی حصوں سے خون بہتا رہتا ہے۔ یہ ایک معلوم امر ہے کہ جب کوئی قاتلانہ حملہ خوب سمجھ بوجھکر کیا جاتا ہے تو قاتل یا قاتلین مقتول کی موت کے بعد معتد بہ مدت تک مکان ہی میں رہتے ہیں، اور مرطوب خون کے تودوں کی شکل میں بیّن نشانات چھوڑ جاتے ہیں۔ ان تودوں کے نشانات کو اور دیگر نقوش پا کو ناپ لینا چاہئے، اور اگر ممکن ہو تو ان کا نقشہ یا خاکہ اتار لینا چاہئے۔ لباس، سامان آرائش اور دیواروں پر جو خون آلود انگلیوں سے نشانات پیدا ہو جاتے ہیں، انھیں احتیاط کے ساتھ محفوظ کر لینا چاہئے، کیوں کہ یہ حملہ آور کی شناخت میں بہت کارآمد ہو سکتے ہیں۔ نیز حربات اور دیگر اشیا کو جن پر انگلیوں کے ارتسامات ہوں حتی الامکان نہ چھونا چاہئے۔

خون آلود انگلیوں سے پیدا شدہ جو نشانات لاش یا لباس پر ہوں، ان کا معائنہ کرنا چاہئے کہ ان کا کیا مقام ہے۔ لاش کی دائیں جانب پر بائیں ہاتھ

انگلیوں اور انگوٹھے سے پیدا شدہ نشان کی موجودگی ایک ظن آفریں علامت ہوگی۔ انگلیوں کے نشان ممکن ہے جسم کے ایسے حصص پر واقع ہوں کہ جہاں وہ آپ سے آپ مشکل سے پیدا ہو سکتے ہیں، مثلاً کندھوں کے درمیان۔ لباس یا فرنیچر پر خون کے چھینٹوں کا منظر کیا ہوتا ہے یہ امر پیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔

متوفی کی لاش پر کوفتگیاں بڑی معنی خیز ہوتی ہیں، اور حلق، سینہ اور بازوؤں پر خاص طور سے ان کی تلاش کرنی چاہیئے، انگشت کے ناخنوں سے پیدا شدہ نشانات یا دندانوں کا بھی لحاظ کرنا چاہیئے، ممکن ہے کہ یہ اس خوبی سے مرتسم ہوں کہ یہ سجھائیں کہ حملہ آور کے ناخن استثنائی طور سے لمبے تھے، اور ممکن ہے کہ یہ امر سراغ کا کام دے۔ ہلکی غیر متعین کوفتگیوں کو، جو مہلک نضرر کے لگنے سے کچھ مدت پیشتر سے موجود ہو سکتی ہیں، حد سے زیادہ اہمیت نہ دینی چاہیئے۔

لباس کی درہم برہم حالت قتل کا ظن پیدا کرتی ہے لیکن ہو سکتا ہے کہ یہ خود کشندہ کی مجنونانہ حرکات کا نتیجہ ہو۔ اگر جسم بستر پر پڑا ہوا ور شب خوابی کے لباس میں ملبوس ہو، تو کپڑوں کی بے ترتیبی آسانی سے پیدا ہو جاتی ہے، لیکن یہ بے ترتیبی صرف اسی صورت میں معنی خیز ہوتی ہے جب کہ یہ اس قدر نمایاں ہو کہ کشمکش ہونے کا ایما کرتی ہو۔ بخلاف اس کے اگر بستر کے کپڑے استثنائی طور سے بے شکن ہوں، تو ممکن ہے کہ قاتل نے پہلے کی بے ترتیبی مٹانے کے لئے انھیں دوبارہ ٹھیک کر دیا ہو۔ یہ ایک معلوم امر ہے کہ مجنون اشخاص خودکشی کا ارتکاب کرنے سے قبل کمرے کے تمام سامان کو درہم برہم کر دیتے ہیں، اور ایسا منظر پیدا کر دیتے ہیں کہ جس سے معلوم ہوتا ہے کہ کشمکش ہوئی ہے۔ مجنون شخص کا جوش و خروش اس قدر بے پناہ ہوتا ہے کہ وہ اپنی زندگی کا خاتمہ کر دینے سے قبل کمرہ کے مشمولات کو مکمل طور پر تباہ کر دیتا ہے، سامان آرائش کا حد سے زیادہ نقصان اور غالباً مقتول پر وحید مہلک زخم کی موجودگی واقعہ کی حقیقت کو واضح کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ اس سے کم درجہ کی برہمی زیادہ شک آفریں ہوتی ہے، کیونکہ جب ایک پاگل آدمی اس کام کو شروع کرتا ہے تو وہ بالعموم اس کی تکمیل کر کے رہتا ہے۔

249

لباس چھید کر لگی ہوئی خزیں یا دوسرے مماثل زخم بڑے غور سے معائنہ کرنے چاہئیں، اور لباس کو اتارنے سے قبل جسم پر کے چاکوں کا زخموں کے ساتھ مقابلہ کرنا چاہئے، جب جسم مکمل طور پر ملبوس ہو تو اس وقت یہ امر خصوصیت کے ساتھ ضروری ہوتا ہے۔

متوفی کے ہاتھ میں مضبوطی سے پکڑا ہوا چاقو جیسا کہ پیشتر بتایا جا چکا ہے، خودکشی کی دلیل ہے، بیشتر اوقات چاقو لاش کے پاس ہی پڑا ہوا پایا جاتا ہے۔ جب لاش کی تفتیش موقعہ پر عمل میں لائی جائے تو قبل اس کے کہ کوئی شئے اپنی جگہ سے ہٹائی جائے، یہ دیکھنا چاہئے کہ لاش کے لحاظ سے حربہ کا کیا مقام ہے۔ خودکشی کے استثنائی واقعات میں لاش کے پہلو میں ایک چاقو یا استرا پھل بند کیا ہوا ملا ہے۔ ایک مثال میں استرا متوفی کی جیب میں پایا گیا، اس طرح غیر معمولی طور سے حربہ کا کاٹنے سے رکھ دینا غالباً ایک عادتی فعل کے بروئے کار آنے کا نتیجہ ہوتا ہے، جو ایک جیبی رومال کے استعمال کے بعد عموماً واقع ہوتا ہے، اس فعل کا خیال متوفی کو استرے کے بند ہونیوالے پھل سے ہوا ہوگا۔ جب موت وخزوں یا شگافتہ زخموں سے واقع ہوئی ہو، تو چاقو یا دیگر ممکن حربات کی عدم موجودگی قتل کا ایما کرتی ہے۔ بعض اوقات زخم قاتلانہ طور پر ایک حربہ سے لگائے جاتے ہیں، اور خودکشی کا ایما کرنے کی غرض سے جسم کے قریب دوسرا حربہ چھوڑ دیا جاتا ہے۔ یہ حربہ جو چھوڑ دیا جاتا ہے تقریباً ہمیشہ متوفی کی ملکیت ہوتا ہے، اور ایسا بھی ہوا ہے کہ وحید حربہ جو دستیاب ہوا، وہ جسم پر تضررات پیدا کرنے کے پیش نظر حد سے زیادہ چھوٹا تھا۔ مثلاً گردن کی تمام نرم ساختوں کا گردن تک صاف کٹاؤ جیسا کہ ایک (گوشت) کاٹنے والے چاقو سے بن سکتا ہے، کسی چھوٹے پھل والے قلمتراش چاقو سے بآسانی نہیں بن سکتا۔

حربہ پر جو خون پایا جاتا ہے اس کی مقدار اختلاف پذیر ہے، ہو سکتا ہے کہ یہ بالکل غیر وقیع ہو، حالانکہ خون کے نشانات پونچھ کر یا دھو کر مٹانے کی کوئی کوشش نہ کی گئی ہو۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ایک لمبے پھل والا چاقو جو بھونک کر نکال لیا گیا ہو، اس پر نشانات خون نہایت ہی ہلکے ہوں، خواہ ایک بڑی رگ ہی

کیوں نہ کٹ گئی ہو۔ اس کا سبب کچھ تو یہ ہوتا ہے کہ نزف شروع ہونے سے قبل ہی پھل جلدی سے نکال لیا جاتا ہے، اور کچھ یہ ہوتا ہے کہ پھل کو جلد پکڑ لیتی ہے اور اسکے نکلتے وقت اس کو پونچھ ڈالتی ہے۔ اگر زخم کپڑے میں سے لگایا جائے، تو پھل کے خون سے مبرا ہونے کا اور بھی زیادہ امکان ہے۔ ان مثالوں میں پھل ایسا منظر پیش کرتا ہے جیسے اس پر سُرخ وارنش (lacquer) کی تہ چڑھ گئی ہو، لیکن حقیقی رنگ جو پیدا ہوتا ہے وہ سرخ سے زیادہ زرد ہوتا ہے۔ چھوٹے پھل کا چاقو غالباً دستہ کے قریب یا اوپر زیادہ خون ظاہر کرتا ہے۔ خون آلود حربات کے امتحان کے لئے پہلے ہدایات دیجا چکی ہیں۔ اس کے سوا صرف اس قدر کہنا باقی ہے کہ، قبل اس کے کہ دھبہ کو حل کر کے اتارا جائے حربہ کا احتیاط کے ساتھ خرد بین کی ادنیٰ طاقت کے ذریعہ امتحان کرنا چاہئے کہ اس پر بال ہیں یا نہیں۔

اسلحہ آتشیں سے لگے ہوئے زخموں کا علاقہ علیت

اسلحہ آتشیں سے لگے ہوئے زخموں کے متعلق یہ ہے کہ اس امر کا فیصلہ کرنے میں کہ موت خودکشی سے واقع ہوئی یا کہ قتل سے یا کہ حادثہ سے، بعض خاص علامات سے مدد ملتی ہے۔ اگر دھواں دینے والا بارود استعمال ہوا ہو تو ان میں سب سے بڑی علامت زخم میں بارود کے ذرات کی موجودگی، اور اس کے قرب وجوار کی یا ایک ہاتھ کی تسوید ہے زخم کی تسوید فقط یہ ظاہر کرتی ہے کہ ہتھیار جسم کے قریب سر کیا گیا ہے، ہاتھ کی تسوید سے یہ ثابت ہو سکتا ہے کہ زخم خود لگایا ہوا ہے خواہ اتفاقی طور پر ہو خواہ خودکشانہ طور پر۔ بالوں کا جھلس جانا (singeing) جلد یا کپڑوں کا جھلس جانا، زخم کی ہیئت وجسامت، ان سب سے اس امر کے متعلق کہ ہتھیار جسم کے قریب سے سر کیا گیا یا کچھ فاصلہ پر سے،

250

شہادت حاصل ہوتی ہے۔ اگر گولی دستیاب ہو جائے تو یہ آتشیں ہتھیار کی نوعیت اور اس کی نلی کے قطر یہ کے بارے میں پتہ دیتی ہے۔ زخم میں وہ بھرت بھی پائی گئی ہے جو کہ چھروں والی بندوق (shotgun) کے بھرنے میں استعمال ہوتی ہے، اور چونکہ یہ کاغذ کی بنی ہوتی ہے، لہذا اس تحریر اور چھاپہ کے ذریعہ جو اس پر ہوا اسکے اصل مالک کا سراغ لگایا جاچکا ہے۔ چونکہ موجودہ زمانہ میں پیچھے سے بھرے جانے والے آتشیں ہتھیار استعمال کئے جاتے ہیں، جن میں کارتوس کا استعمال ضروری ہے، لہذا اس شخص کے معلوم ہونیکا امکان کہ جس نے ہتھیار سے کیسا ہو، کم ہو جاتا ہے۔ بہر حال زخم میں جو بھی مری یا دوسری شئے ہو، وہ محفوظ رکھنی چاہیئے۔

جب زخم کی تسوید اس امکا ثبوت ہے کہ سر کرنے کے وقت آتشیں ہتھیار کا منہ جسم کے قریب تھا، تو کیا عدم تسوید اس کے برعکس حالت کا بھی ثبوت ہے (جبکہ معمولی بارود استعمال کیا جائے)۔ جب ایک آتشیں ہتھیار جسم پر ایک دو فٹ (feet) کے اندر سے چلایا جاتا ہے، تو کسی قدر تسوید تقریباً ہمیشہ پیدا ہو جاتی ہے، لیکن استثنائی واقعات ایسے بھی قلمبند کئے گئے ہیں کہ جن میں زخم کی تسوید بالکل نہیں تھی، اگرچہ آتشیں ہتھیار مقتول کے ہاتھ میں پکڑا ہوا تھا۔ کیسپر لائمین (Casper Limen) نے ایک واقعہ قلمبند کیا ہے کہ ایک آدمی کی لاش ملی، کہ جس کے قلب میں گولی لگی تھی۔ تسوید بالکل نہ تھی، نہ زخم کے گرد، نہ گردن پر، نہ چہرے پر، تاہم یہ واقعہ بلاشبہ خودکشی کا تھا۔ اس قسم کا ایک نہایت ہی دلچسپ واقعہ، معہ چند تجربات کے جو اس کے متعلق کئے گئے، ہبارڈ (Hubbard) نے بیان کیا ہے۔ ایک آدمی کو دیکھا گیا کہ وہ ریوالور ہلا رہا ہے، اور پھر چند جھاڑیوں کے پیچھے بیٹھ گیا ہے، چند منٹ بعد گولی چلنے کی آواز سنائی دی، اور پھر اس کی لاش ملی جس کی پیشانی کے وسط میں گولی کا سوراخ تھا، زخم ذرا بھی بارود آلود نہ تھا، لیکن تسوید کی عدم موجودگی

کے سوا باقی کل شہادت مکمل طور پر خودکشی پر دلالت کرتی تھی۔ ریوالور میں جو باقی ماندہ چار کارتوس تھے وہ ایک سفید سانبر کے چمڑے سے ڈھکے ہوئے نشانہ (target) پر علی الترتیب ۸ - ۱۸ - ۳۰ انچ کے فاصلہ سے مارے گئے، اور ہر مرتبہ نشانہ سیاہ ہوگیا۔ ان مثالوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ اسلحۂ آتشیں سے واقع شدہ خودکشانہ موت میں یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ زخم کے نواح میں تسوید پائی جائے اور یہ کہ اگر آتشیں اسلحہ سے قتل ہونا بیان کیا گیا ہو تو عدم تسوید اس امر کی نفی نہیں کرتی کہ ہتھیار جسم کے قریب سے چلایا گیا تھا، یعنی جس فاصلہ سے کہ ایک شخص خود پر ریوالور کا فائر کرسکتا ہے۔ نشانہ کے ساتھ جو تجربات کئے گئے، ان سے بظاہر اس امر کی تردید معلوم ہوتی ہے۔ کیونکہ کسی شخص کا ۳۰ انچ سے زیادہ کے فاصلہ سے اپنی پیشانی پر ریوالور کا فائر کرنا ناممکن ہے۔ تاہم یہ ضروری ہے کہ اصل واقعات جو کچھ سکھاتے ہیں وہ تسلیم کیا جائے۔

ہاتھ کی تسوید ریوالور چلانے کا کوئی ضروری نتیجہ نہیں ہے، بدیں وجہ یہ ممکن ہے کہ یہ اس ہتھیار کے ذریعہ خودکشی کرنے کے واقعات میں مفقود ہو۔

دھواں نہ دینے والے بارود سے نہ تو جلد کا اختراق ہوتا ہے، نہ جھلساؤ (scorching) اور ٹیٹو (tatoo) بہت ہی کم نمایاں ہوتا ہے۔ بعض دھواں نہ دینے والے بارود مثلاً کارڈائٹ (cordite) واضح طور پر تسوید پیدا کرتے ہیں، لیکن جھلساؤ نہیں پیدا کرتے۔

طبی قانون داں کے لئے یہ امر یاد رکھنا ضروری ہے کہ یہ ممکن ہے کہ ایک آدمی خود کو گولی کے پے در پے تضررات لگائے جن کے مہلک ہونے کا امکان ہو لیکن ان کے لگانے کے بعد اپنے جسم میں پھر ایک مرتبہ ہتھیار سے فائر کرلے۔ ہاروے[1] (Harvey) ایک آدمی کا واقعہ قلمبند کرتا ہے جس نے شکاری بندوق سے جو کہ چھوٹے چھروں سے بھری ہوئی تھی، اپنے پہلو میں فائر کرلیا۔ اس سے اس کی ساتویں اور آٹھویں پسلیاں نکلنا چور ہوگئیں، اور

[1] Brit. Med. Journ. 1895.

251

حلمہ سے تقریباً ۴ انچ نیچے ایک زخم پیدا ہو گیا، جو معدہ اور قولون مستعرض کی سمت میں تقریباً چھ انچ نیچے تک پھیلا ہوا تھا۔ اس شدید تضرر کے باوجود اس شخص نے بندوق میں ایک اور گولی رکھی، اور اپنے منہ میں ماری، اس سے منہ کی سقف اور چہرہ کی بائیں جانب اڑ گئیں۔ دماغ درہم برہم ہو گیا اور جمجمی عظام بارہ چودہ ٹکڑوں میں شکستہ ہو گئیں، جو کہ جمجمی کہفہ میں آزاد پڑے ہوئے پائے گئے تاہم جاندلی سلامت تھی۔ سر یا قلب کے ریوالوری زخم یہ ضروری نہیں کہ اسی وقت مہلک ثابت ہوں۔ یہ استنباط کرنا ایک بالکل فطرتی امر ہے کہ ایک ایسا شخص جس نے گولی مار کر قلب کے پار کر دی ہوا اپنے دماغ میں دوسری گولی مارنے کے قطعاً ناقابل ہوگا، اس طرح ایک شخص جو دماغ میں گولی پیوست کر چکا ہو، وہ اپنے آپ میں براہ قلب گولی داخل کرنیکے قطعاً ناقابل ہوگا، لیکن یہ دونوں واقعات نہ صرف ایک ہی منفرد مثال میں بلکہ متعدد مثالوں میں پیش آچکے ہیں۔ طبی گواہوں نے جبکہ وہ ایسے واقعات کے امکان کے متعلق لاعلم تھے، پے درپے لگے ہوئے دو زخموں کی موجودگی کو قتل کا لازمی طور پر ثبوت سمجھا ہے۔ ایک واقعہ (case) میں، جو کہ ہبارڈ[1] (Habbard) نے قلمبند کیا ہے، ایک آدمی اپنے ہی انبار خانہ (barn) میں مرا ہوا پایا گیا۔ اس کا ریوالور دائیں ہاتھ کی پہنچ کے اندر پڑا ہوا تھا، اس میں پانچ خانہ تھے جن میں تین خانے چل چکے تھے۔ لاش میں تین گولیاں تھیں جن میں سے دو خطۂ قلبی میں تھیں۔ جھلسا ہوا اور بارود سوختہ لباس اس امر پر دلالت کرتا تھا کہ زد (range) نہایت ہی تھوڑی ہوگی۔ تیسری گولی دائیں صدغی خطہ میں تھی، اور دماغ میں کم از کم چار انچ گھسی ہوئی تھی، یہ زخم بھی بارود سوختہ تھا، اور بداہتہً سب سے آخر میں لگا تھا۔ وہ گولیاں جو کہ قلب پر ماری گئی تھیں ان میں سے ایک تو خطا کر گئی تھی، اور دوسری دائیں بطین کے کہفہ میں داخل ہو گئی تھی۔ یہ خودکشی کا ایک غیر مشتبہ واقعہ تھا۔ اگنیو[2] (Agnew) نے ایسی ہی نوعیت کے متعدد واقعات کا حوالہ

---

[1] New York Med. Journ. 1887

[2] Med. News 1887.

دیا ہے۔ ایک طالبعلم نے اپنے سر میں گولی ماری، پھر وہ ایک گذرگاہ سے ہوتے
ہوئے اپنی خوابگاہ کو چلا گیا، اور پھر اس نے اپنے قلب میں بھی گولی مار لی۔ ایک پولیس
کے جوان نے گواہوں کی موجودگی میں خود پر سر میں گولی ماری اور پھر ایک دوسری
گولی سینہ میں بھی ماری۔ پہلی گولی دائیں صدغی خطہ میں داخل ہوئی، اور جمجمی کاسہ
کے اندر مقابل کی جانب پائی گئی۔ دوسری گولی قلب کی دائیں جانب داخل ہوئی،
اور پانچ منٹ کے اندر اندر اندرونی نزف سے موت واقع ہوگئی۔ ایک ۱۹ سالہ
لڑکے نے اپنے جسم پر ریوالور سے چار زخم لگائے۔ پہلی گولی پیشانی میں داخل ہوئی
اور ایک چکردار راستہ اختیار کرنے کے بعد بائیں صدغی تختے کے وسط میں
جاگزیں ہوئی۔ دوسری گولی قص میں سے گذر گئی اور طبلقی مصراع کے لیول پر
قلب کے بائیں بطین کو چیر کر گذر گئی۔ ایک تیسری گولی شکم میں داخل ہوئی اور
ایک چوتھی گردن میں گھس گئی۔ گردقلیہ کے اندر نزف ہو جانے سے موت
واقع ہوگئی۔

آتشیں اسلحہ سے لگے ہوئے وہ زخم جو کہ پشت پر پائے جاتے ہیں قتل کا
ظن پیدا کرتے ہیں، تاہم ان کا اتفاقی طور پر پیدا ہونا یا خاص حالات میں خودکشی سے
لگنا ناممکن نہیں ہے۔ پشت میں زخم اتفاقی طور پر اس طرح پر لگ چکا ہے کہ ایک
شکاری جھاڑیوں میں سے ایک بھری ہوئی بندوق جس کے منہ کا رخ اس کی جانب
تھا، اپنے پیچھے گھسیٹے لیجا رہا تھا۔ ممکن ہے کہ ایک بندوق جو کسی شئے پر غیر محفوظ
طور پر ٹکی ہوئی ہو، اتفاقاً چل جائے، اور گرتے وقت کسی پاس کھڑے شخص کی
پیٹھ میں چل جائے۔ خودکشندوں نے استثنائی طور پر اپنے کو سر کی پشت میں
گولی ماری ہے۔ ہربرڈا[1] (Herberda) نے ایک آدمی کی لاش کا امتحان کیا کہ جس نے
ایک قہوہ خانہ میں کئی لوگوں کی موجودگی میں خود کو سر میں گولی ماری۔ معلوم ہوا کہ
گولی عین بیچ اور قمحدوی درزوں کے اتصال پر داخل ہوئی تھی۔ ممکن ہے کہ کسی آدمی
کو ریوالور سے قلب پر نشانہ باندھتے ہوئے دیکھ لیا جائے اور اس سے ہتھیار

---

[1] Mittheilungen a. d. Instit. f. ger. Med. Wien 1891

چھینے کی کوشش کی جائے جس سے اتفاقاً ہتھیار کا رخ اس کی پشت کی جانب ہو جائے اور ابھی اس کے ہاتھ میں پکڑا ہوا ہی ہو کہ چل جائے۔ بداہتہً یہ انتہائی زاویہ ہے کہ جس پر ایک ریوالور خود کشندہ کے ہاتھ میں ہوتے ہوئے خود کشندہ کی پشت پر اس کا نشانہ باندھا جا سکتا ہے، لیکن یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ نالی کا وہ رُخ جو کہ ارادی کوشش سے واقع نہیں ہو سکتا، ممکن ہے ایک بے ہراسانہ کشمکش میں کسی دوسرے شخص کی غیر قصدی امداد سے وقوع پذیر ہو جائے۔ ایسی وارداتوں میں مدخلی زخم کی مقامیت اس امر کی بہ نسبت کم اہمیت رکھتی ہے کہ گولی نے کیا سمت اختیار کی ہے، بشرطیکہ گولی کے کسی تودۂ استخوان مثلاً جسم فقرہ سے ٹکرانے پر جو انصراف واقع ہوتا ہے، اس کی رعایت کی جائے۔ اگر کسی خود کشانہ طور پر لگے ہوئے تفنگ کا مدخلی زخم پشت کے وسط کے قریب واقع ہوا در گولی کی اختیار کردہ سمت تقریباً مقدمی خلفی خط میں ہو، تو ریوالور کا منہ (muzzle) ضرور جسم کے قریب رکھا ہوگا، جس سے گرد وپیش کی سطح کی تسوید، کوفتگی (bruising) اور غالباً جھلساؤ پایا جائے گا۔

ریوالور سے خودکشی کرنے کی بعض وارداتوں میں موت کے بعد ہتھیار ہاتھ میں مضبوطی سے پکڑا ہوا ہونا خودکشی کی آہنی قطعی شہادت ہے کہ سوائے عینی گواہ کی شہادت کے کوئی شہادت ایسی قطعی نہیں ہو سکتی لیکن اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ ہتھیار جسم کے قریب ہی زمین پر پڑا ہوا پایا جاتا ہے۔ اگر ریوالور ہاتھ میں ڈھیلے طور پر پڑا ہوا ہو، تو واقعہ یا خودکشی کا ہو سکتا ہے یا قتل کا، موخر الذکر صورت میں قاتل شک کو دوسری جانب منعطف کرنے کی غرض سے ہتھیار متوفی کے ہاتھ میں رکھ دیتا ہے۔ جب کسی آدمی کو ریوالور کا معائنہ کرتے وقت اتفاقاً مہلک طور پر گولی لگ جاتی ہے، تو ہتھیار اس کے ہاتھ سے گر پڑتا ہے، کیونکہ جس وقت یہ چلتا ہے تو ڈھیلا پکڑا ہوتا ہے، موت کے بعد جس گرفت کے ساتھ ریوالور پکڑا ہوتا ہے وہ اسی گرفت کی ایک اطالت پذیر حالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ وہ بوجہ قوی جذبہ کے دوران حیات میں پکڑا ہوا ہوتا ہے، لہٰذا اگر اتفاقیہ گولی لگی ہو تو یہ گرفت مفقود ہوتی ہے۔ بعض اوقات ہتھیار

نہیں مل سکتا۔ اگرچہ یہ امر قتل کا شک پیدا کرتا ہے تاہم یہ ہرگز قتل کا قطعی ثبوت نہیں گا ہے ایک خودکشندہ خود کو گولی مار لینے کے بعد ہتھیار کو پھینک دیتا ہے، اور اگر یہ سب کچھ کھلی ہوا میں واقع ہو تو ممکن ہے کہ ریوالور نہ ملسکے، یا اسے کوئی راہگیر بغیر کسی خیال کے کہ اس کا مرا ہوا مالک چند ہی قدم پر پڑا ہے، اٹھا کر لیجائے۔

جب لاش پر ایک سے زیادہ زخم ملیں تو یہ تحقیق کرنا اہمیت رکھتا ہے کہ کون زخم سب سے آخر میں لگا تھا۔ یہ تحقیق کرنا مشکل نہیں ہوتا بشرطیکہ ایک زخم بھی ایسا ہو کہ جو بسرعت موت پر منتج ہو سکتا ہو۔ بعض مثالوں میں ممکن ہے کہ دو ایسے زخم ہوں کہ ہر ایک سے فوری موت واقع ہونے کا امکان ہو، مثال کے طور پر قلب اور دماغ کے، گولی کے زخم۔ اس طرز کے دوہرے زخموں کی جو مثالیں پہلے دی جا چکی ہیں، ان سے ظاہر ہوتا ہے کہ بعض اوقات قلب اول زخمی ہوتا ہے، اور بعض اوقات دماغ۔ شاید اس بناپر کہ گولیوں نے کیا سمت اختیار کی ہے، اور اس سے مختلف اعضا کو کس قدر نقصان پہنچا ہے، کوئی رائے قائم کیجا سکے، لیکن تاوقتیکہ علامات بخوبی نمایاں نہ ہوں کوئی قطعی بیان نہ دینا ہی قرین مصلحت ہے۔ یہ رائے اکثر ظاہر کی گئی ہے کہ دماغ میں گولی سے زخم لگنے کے بعد ضرور فوری بے ہوشی ہوجاتی ہے، لیکن یہ امر واقعات کے مطابق نہیں ہے۔ یہ صحیح ہے کہ دماغ میں گولی کا گذر بالعموم فوری بے ہوشی پر منتج ہوتا ہے، مگر اس کی مستثنیات بھی اس قدر لاتعداد ہیں کہ اس طرح پر زخمی پائی گئی لاش میں یہ غیر مشروط طور پر بیان نہیں کیا جاسکتا کہ بے ہوشی ضرور ہوگی۔ محولہ صدر وارداتوں کی بیشتر تعداد میں دماغ قلب سے پہلے زخمی ہوا تھا، لیکن انھیں فیصلہ کن نظائر تسلیم نہیں کیا جاسکتا۔

زخموں سے واقع شدہ موت کے اسباب

جب موت زخموں کا نتیجہ ہو تو موت کے سبب، اور

جسم پر پائے ہوئے تضررات ان کے درمیان تعلق کا ثبوت دینے کے لئے طبی شہادت درکار ہوتی ہے۔ اکثر وارداتوں میں یہ امر آشکارا ہوتا ہے کہ موت کا کیا سبب ہے، اور اس کا تضررات سے کیا تعلق ہے، بعض وارداتوں میں موت کا سبب مبہم ہوتا ہے، بعض میں موت کا سبب بدیہی ہوتا ہے، لیکن اس کا پتہ لگانا دشوار ہوتا ہے کہ تضررات کے ساتھ اس کا کیا تعلق ہے۔ موت کے اسباب کو دو اقسام پر تقسیم کیا جا سکتا ہے۔
(۱) فوری (۲) بعیدہ۔

253

موت کے فوری اسباب

زخموں سے واقع شدہ موت کے فوری اسباب، نزف، صدمہ اور عضو حیوی کے تضرر پر شامل ہیں۔

نزف، زخموں سے واقع شدہ موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نزف زخم میں کسی بڑی رگ سے بسرعت واقع ہو، یا متعدد چھوٹی چھوٹی رگوں کے کٹنے سے آہستگی اور تواتر کے ساتھ واقع ہو۔ یہ امر کہ خون کی ایک مقررہ مقدار کے ضیاع سے کیا نتیجہ پیدا ہوتا ہے، خون کے بہاؤ کی رفتار پر منحصر ہے۔ خون کی ایک مقدار جو ایک بڑی شریان سے چند ہی منٹ میں بہ جاتی ہے اور موت کا موجب ہوتی ہے، یہی مقدار اگر اس سے طویل تر مدت پر پھیلی ہوئی ہو، تو ممکن ہے کہ اس کے بہ جانے سے کوئی نقصان نہ ہو۔ سن کی انتہائیں اور ضعف اور مرض کا وجود نزف کی مدافعت کی طاقت کو کم کرتا ہے، لیکن بعض امراض اور بنیٔ کیفیات ایسی ہیں کہ جو نزف کی زبردست استعداد پیدا کرتی ہیں، مثلاً پرپورا نزفی (purpura hæmorrhagica) اور ترفیت (hæmophitia)۔ ان زخموں سے جن سے کھوکھلائے جسم میں سوراخ ہو جاتے ہیں، اندرونی نزف ہو جانا موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض جگہوں مثلاً دماغ اور گرد قلبہ (pericardium) میں خون کی تھوڑی سی مقدار کا وعا بدرہ ہونا میکانی اختلال سے موت واقع کرنے کے لئے کافی ہے، اسی طرح قصبۃ الریہ متضرر ہو جانے پر زخم کی راہ سے اس کے اندر خون

کھینچ آنا اختناق سے موت واقع کرنے کے لئے کافی ہے۔

صدمہ سے یا تو واحد تضرر کے نتیجہ کے طور پر موت واقع ہو سکتی ہے یا متعدد تضررات کے مجموعہ کے نتیجہ کے طور پر جن میں انفرادی طور پر کوئی تضرر بھی مہلک نہیں ہوتا۔ اس اول الذکر اسلوب پر صدمہ واقع ہونے کی مثال وہ وارداتیں ہیں کہ جن میں موت بلندی سے گرنے کا یا سر، سینہ یا شکم پر متشددانہ ضربات لگنے کا نتیجہ ہوتی ہے اور اندرونی یا بیرونی وافر نزف واقع نہیں ہوتا۔ شکم پر متشددانہ ضربات اعصاب حشوی کو مشلول کر دیتی ہیں اور اس رقبہ کا جس کو وہ رسد پہنچاتی ہیں انتہائی اتساع پیدا کر دیتی ہیں ممکن ہے کہ اس سے مراکز عصبی اپنی مناسب رسد خون سے محروم ہو جائیں اور اس طور سے غشیان کے باعث موت واقع ہو جائے بعض وارداتوں میں سینہ یا شکم پر ضربات لگنے سے قلب کا معکوس شلل واقع ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو وہ فصل جو تضربات سینہ و شکم سے متعلق ہے)۔

ثانی الذکر اسلوب پر مہلک صدمہ واقع ہونے کی مثال سخت کوڑے لگانے کے واقعات ہیں، موت کے بعد جسم کے امتحان پر ممکن ہے کہ متعدد کوفتگیوں کی امارات پائی جائیں، اور مہلک قسم کے دیگر زخم یا مظاہر کی کوئی امارت نہ پائی جائے۔ اس امر کی توقع کرنا ایک معقول بات ہے کہ ایک تن آور صحت مند شخص میں، جو اس طور سے مار ڈالا گیا ہو، کوفتگی کی ایک نہایت ہی معتد بہ مقدار دکھائی دیگی، لیکن ناتواں بچوں میں ممکن ہے کہ تضرر کے بعد الموت مناظر نہایت ہی خفیف ہوں۔ ایسے واقعات سے طبی گواہ کو بہت پریشانی ہوتی ہے، کیوں کہ موت کا سبب سراسر قیاسی ہوتا ہے، اور کوئی ایسی طبیعی کیفیت نہیں پائی جاتی کہ جس کی جانب اسے منسوب کیا جا سکے، پس ظاہر ہے کہ موت کے سبب کے متعلق کوئی قطعی بیان پیش کرنا بے محل ہوگا، لہذا گواہ کو یہ کہنے پر اکتفا کرنا پڑے گا کہ دوسرے اسباب کی عدم موجودگی میں موت کو صدمہ کی جانب منسوب کرنا چاہئے۔ اسے ایک متجسسانہ جرح کے لئے تیار رہنا چاہئے، ابتدا ہی سے یہ اقرار کر لینا بہتر ہوگا کہ موت کا سبب تیقن کے ساتھ تحقیق کرنا ناممکن ہے، بجائے اس کے کہ اعضا کی ظاہرا کوشش کے بعد، یہی بیان مجبور ہو کر دیا جائے۔ ضیاتی تغیرات کے لئے تمام اعضا اور بافتوں کا لغور امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ یہ عذر

ہمیشہ پیش کیا جاتا ہے کہ موت کسی خفی مرض سے واقع ہوئی تھی۔

ان اعضا کا جو بقائے حیات کیلئے ضروری ہیں شدید تضرر موت کا ایک ایسا بدیہی سبب ہے کہ اس پر رائے زنی کی ضرورت نہیں۔ دماغ اور صدری احشا کے وسیع تضررات جو انفجارات کا، بلند عمارات سے سقطوں کا، اور حادثات ریلوے کا نتیجہ ہوتے ہیں، اس اسلوب موت کی مثال پیش کرتے ہیں۔

گاہے کسی تشدد کے فعل کے فوراً بعد موت ظہور پذیر ہوتی ہے اور امتحان کرنے پر کوئی ایسی مرضیاتی کیفیت پائی جاتی ہے جو موت کا سبب ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تضرر لگنے کے فوراً بعد دماغی عروق کے ترقی یافتہ انحطاط کی وجہ سے یا ان میں ایک چھوٹے سے اینورزم (aneurism) کی موجودگی یا کسی صدری یا شکمی اینورزم کے انشقاق کے باعث نزف واقع ہوا۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مزعومہ تشدد سے واقع شدہ موت کے بعد سابق الوجود مرض دماغی پایا جائے۔

254

ایک لڑکے کے سر پر ہلکی سی چوٹ لگی اور اسکے ایک دن بعد وہ بیمار پڑ گیا۔ جس شخص نے ضرب لگائی تھی وہ گرفتار ہوا اور اس پر لڑکے کی موت واقع کر دینے کا الزام عائد ہوا۔ امتحان بعد الموت پر درمیانی کان کا دیرینہ مرض پایا گیا، اور دمیغ میں ایک پھوڑا پایا گیا جو کہ کچھ مدت کا تھا۔ لازماً الزام کا بطلان ہو گیا۔

جن وارداتوں میں موت کسی ایسی مرضیاتی کیفیت کا نتیجہ ہو کہ جو تشدد کے وقت موجود ہو ان میں یہ سوال پوچھا جا سکتا ہے کہ آیا تشدد سے موت کا اسراع ہوا۔ مثال کے طور پر ایک آدمی جس کو اورطی باز روی (aortic regurgi-tation) ہوتی ہے کسی کے ساتھ کشمکش کے بعد فی الفور گر پڑتا اور مر جاتا ہے، تشدد کی کوئی امارت نہیں پائی جاتی نیز اس امر میں کہ موت کا سبب مرض قلب ہے کوئی شک نہیں ہوتا۔ یہ ایک خوب معلوم امر ہے کہ ایسی وارداتوں میں جسمانی مشقت اور ذہنی ہیجان دونوں ہی ناگہاں موت واقع ہونے کا امکان ہے، لہذا عموماً ملزم کو بری کر دیا جاتا ہے تاہم قتل انسان کا الزام ثابت کرنے کے لئے یہ ضروری نہیں کہ کوئی بیرونی زخم پیدا ہو، بلکہ بہت کچھ کشمکش کی نوعیت پر موقوف ہے۔ غالباً اگر ملزم کی کینہ وری یا تخویف کی نیت نہ ہو تو اس کو اپنی نیک نیتی کا پورا پورا

فائدہ حاصل ہو جائے گا۔ لیکن ایک آدمی نے کسی لڑکے کو "بھوت" بن کر ڈرایا جس سے لڑکا مر گیا، اس آدمی کو قتل کا قصور وار ٹھہرایا گیا۔ اگر کوئی مساعد ضرر نہ ہو تو خالص صدمۂ نفسی سے بہت شاذ و نادر موت ہوتی ہے، ایسا ایک واقعہ مشکا (Maschka) نے بیان کیا ہے۔ دو عورتیں بڑے شد و مد کیساتھ گالی گلوچ کی جنگ میں مشغول تھیں کہ ان میں سے ایک نے جھاڑو پکڑا اور ایسا معلوم ہوا کہ دوسری کو مارے گی۔ جس عورت کو اس طرح ڈرایا گیا، قبل اس کے کہ اسے کوئی ضرب لگے وہ گری اور مر گئی۔ امتحان بعد الموت پر میکانی تضرر کی اندرونی طور پر یا بیرونی طور پر خفیف ترین امارت بھی نہیں پائی گئی، پھیپھڑوں کی بیش دمویت اور دائیں قلب کے بھرے ہونے کے سوا اور کچھ نہ تھا، اور نہ کوئی دیگر غیر طبعی کیفیت ہی موجود تھی۔ موت کا سبب غالباً وافر اضطراب ذہنی سے پیدا شدہ شلل قلب تھا۔ ٹمپلمین[ا] (Templeman) نے ایک ۴۳ سالہ آدمی کا واقعہ قلمبند کیا ہے کہ وہ نہایت جوش میں آنے کے بعد اور کسی جسمانی تشدد لگنے کے بغیر یک بیک مر گیا۔ بعد الموت امتحان پر موت سے ۱۶ گھنٹہ بعد قلب کی دونوں جانبوں اور بالخصوص دائیں جانب میں کسی قدر سیال خون پایا گیا۔ جرم قلبی اور مصراعات اور اکلیلی شرائین قلبی مرض سے مبرا تھے اور کوئی بھی ایسا مرضیاتی ضرر نہ پایا گیا کہ جو موت کی توجیہہ کرتا۔

موت کے اسباب بعیدہ

انگلستان کے رواجی قانون کی رو سے یہ ہے کہ تضرر سے اگر ایک سال اور ایک دن گزرنے کے بعد تک موت واقع نہ ہو تو تضرر لگانے والا شخص جوابدہ نہیں ٹھہرایا جاتا ہے لیکن اگر تضرر کے بعد اس مدت کے اندر اندر موت واقع ہو جائے، تو اس پر مقدمہ چلایا جا سکتا اور اس کو سزا دی جا سکتی ہے۔ ایسی موت کا جو تضرر سے واقع ہو،

ا Edin. Med. Journ. 1898

اتنی مدت تک ملتوی ہو جانا ایک استثنائی وقوعہ ہے ، معمولی حالات میں چند ہفتہ یا چند مہینہ کے اندر ہی موت واقع ہو جاتی ہے۔

زخم سے واقع شدہ موت کے اسباب بعیدہ، التہاب، عفونتی اعمال اور خستگی ہیں اس سے بھی بعید زمانہ میں موت کسی ضربی ضرر سے واقع ہو سکتی ہے کہ جسکے ہمراہ بہت مدت تک کوئی علامات نہیں پائی جاتیں یا یہ علامات تمام مدت موجود ہوتی ہیں پہلی قسم کے تضرر کی مثال ڈایا فرام کا انشقاق ہے کہ جس کے فوری اثرات سے مریض نجات پالیتا ہے، لیکن کئی مہینہ کے وقفہ کے بعد کہ جس کے دوران میں علامات کلیتہً مفقود ہوتی ہیں، بعض شکمی احشا فتحہ میں سے گذر جاتے ہیں اور مریض ڈایا فرامی فتق سے مرجاتا ہے۔ دوسری قسم کی مثال قطنی نخاع کا تضرر ہے جبکہ مریض کو تضرر لگنے کے وقت سے ہی یا فالج ہوتا ہے اور ایک وقفہ طویل کے بعد بستری زخموں (bedsores) اور عمومی خستگی سے موت ہو جاتی ہے۔

وہ زخم جو کہ خاص قسم کے ہوتے ہیں یا خاص اعضا یا بافتوں کو مبتلا کرتے ہیں ان کے خصوصیت کے ساتھ ثانوی مرضیاتی اعمال پر منتج ہونے کا امکان ہے۔ شدت کے ساتھ کچلا جانا یا جوارح کا تند کے ساتھ کھنچ جانا کوئی بیرونی زخم لگے بغیر اس سے صدر شریان کا انشقاق واقع ہو سکتا ہے، جو کہ گنگرین پر منتج ہوتا ہے۔ چاندنی کے زخم اکثر سرخباد (erysipilas) پر منتج ہوتے ہیں۔ بالعموم ایسے زخم مخمور اشخاص کو لڑائی جھگڑے میں لگتے ہیں اور موت واقع ہونے کی صورت میں یہ عذر پیش کیا جاتا ہے کہ سرخباد شرابخوری کا نتیجہ ہے۔ اگر سرخباد شراب کا نتیجہ ہی ہو، تو بھی اس سے جبر کرنے والے کی برات نہیں ہوتی۔ اگرچہ ممکن ہے کہ اس سزا میں کہ جو اس کے لئے مقرر کی جاتی ہے، یہ تخفیف کا ذریعہ ثابت ہو۔ دماغ کے زخم بعض اوقات ایک یا دونوں پھیپھڑوں کی بیش دمویت یا التہاب پر منتج ہو سکتے ہیں، جو کہ گاہے عجیب طرح کی منفرد نوعیت کا ہوتا ہے۔ شاید خون سے ایک ہی لخت محتقن ہوتا ہے، اور باقی کے عضو میں طبعی یا اس سے بھی کم مقدار ہوتی ہے، لیکن ہو سکتا ہے کہ عضو اڈیما زدہ ہو اور اس وقت اس کا منظر ایک قسم کے تائی ذات الریہ (vagus pneumonia) کے بہت مشابہ ہوتا ہے۔ یہ فرض کیا جاتا ہے کہ یہ کیفیت جزوی طور پر تنفس کی گرانباری سے پیدا ہوتی ہے،

255

جوکہ تائی (vagus) نواۃ کے اختلال کا نتیجہ ہوتا ہے، اور جزوی طور پر عروقِ رئوی کے اتساع سے پیدا ہوتی ہے جوکہ تضرر دماغ کے بعد عرق حرکی اعصاب کے شلل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایک دیگر عامل بھی موجود ہو سکتا ہے یعنی حنجری عضلات کا شلل، اور اس کی وجہ سے نگلتے وقت مزمار کا بند نہ ہونا۔ اس سے ہوا کی گذرگاہوں میں ریق اور ذرات غذا داخل ہو جاتے ہیں، اور چونکہ حنجرہ کی معکوس خراش پذیری کم یا زائل ہو جاتی ہے، لہذا اعناصر غریبہ کو کھانس کر نکالنے کی کوئی کوشش عمل میں نہیں آتی جس سے شعبتی ذات الریہ ہو جاتا ہے۔

عفونتی اعمال۔ ممکن ہے کہ تضرر پہنچنے کے بعد تھوڑے ہی عرصہ کے اندر ان سے موت واقع ہو جائے۔ یا ممکن ہے یہ زیادہ مزمن نوعیت رکھتے ہوں اور پیپ کے کثیر التعداد ذخائر کے تکون کی وجہ سے توانائی کو بتدریج تحلیل کر دیں مثلاً ممکن ہے ایک مریض جو قاتلانہ زخم سرخبادہ کا موضوع ہے، کسی دارالشفاء کے وارڈ میں داخل کر لیا جائے، جہاں عفونت الدم یا سرخبادہ کا ثوران پیدا ہو جائے، اور وہ ان امراض میں سے ایک یا دوسری کا شکار ہو جائے۔ ممکن ہے کہ اصل زخم اس قسم کا تھا کہ وہ زندگی کے لئے خطرناک نہ ہوتا بدیں وجہ صفائی میں اس امر پر زور دیا جائیگا کہ ایسے نتائج کے لئے، جو معمولی حالات میں مترتب نہیں ہوتے، ملزم کو ذمہ دار نہیں گردانا چاہئے لیکن قانون نے یہ اصول قائم کر دیا ہے کہ اگر کوئی شخص کسی کو مجرمانہ طور سے زخمی کر دے، تو وہ اس فعل کے پورے عواقب کے لئے بھی ذمہ دار ہے۔ ممکن ہے یہ صحیح ہو کہ شخص موصوف اگر دارالشفا میں نہ رہتا اور کسی مرض کے زیر اثر نہ آتا تو وہ نہ مرتا۔ لیکن چونکہ دارالشفا میں اسکی موجودگی بھی اس مجرمانہ تشدد کی وجہ ہی سے تھی کہ جو اس پر کیا گیا لہذا ملزم اس کی موت کے لئے جواب دہ ہے۔

سرایتی نوعیت کا ایک اور مرض جو کہ کسی اصابت کے انداز کو کلیتہً بدل دے سکتا ہے، کزاز (tetanus) ہے خفیف زخم اور مرکب کسر دونوں یکساں طور پر کزاز (tetanus) پر منتج ہو سکتے ہیں۔ جارحہ کے زخم کے بعد موت واقع ہونے کی صورت میں بطور صفائی کے یہ بیان کیا جا سکتا ہے کہ اگر جارحہ مبتور کر دیا جاتا، تو متضرر شخص صحتیاب ہو گیا ہوتا لیکن قطع نظر اس امر کے کہ اس عملیہ سے فائدہ

حاصل ہونا ایک غیر یقینی امر ہے (کیونکہ یہ نفع محض ایک فرضی امر ہے) اگر مریض نے عملیہ کرانے سے انکار بھی کر دیا تھا، تو مضائقہ نہیں اس کے انکار سے ملزم کی ذمہ داری میں کوئی تخفیف نہیں ہوئی۔ عام طور سے کزاز (tetanus) کی مدت حضانت ایک سے بیس یوم ہے، یہ ایک معلوم امر ہے کہ بلاد حارہ میں یہ مرض زخم لگنے سے چند گھنٹہ کے اندر ہی نمو یافتہ ہو جاتا ہے، لیکن معتدل ممالک میں بالعموم چوتھے سے دسویں دن تک رونما نہیں ہوتا۔ پرویز اسٹورٹ[1] (Purves Stewart) نے بیان کیا ہے کہ زخم کے بعد کزاز کے عصیات، بافتوں میں مہینوں بلکہ سالوں تک خفی (latent) رہ سکتے ہیں، پھر کسی مزید عملیتی معالجہ یا ضرب سے، یہ بذرے (spores)، جو ندبی بافت میں محصور یا کسی جسم غریبہ کے گرد و غیرہ بند ہو گئے تھے آزاد ہو جاتے ہیں، اور ایک نہایت دیر گیر مقامی کزاز یا اس سے بڑھ کر کزازی عمومی تسمم الدم (tetanus toxæmia) پیدا ہو جاتا ہے۔ اکثر اوقات طبی قانونی مقدمات میں مراحلۂ حضانت پر بحث ہوتی ہے یہ دریافت کرنے کیلئے کہ دونوں تضررات میں سے کونسے تضرر سے وہ کزاز ہوا جس سے موت واقع ہوئی مثلاً ایک لڑکے کے دائیں پاؤں کو گھوڑے نے متضرر کر دیا، اس سے ایک ہفتہ بعد وہ سکول میں واپس آ گیا، اور دو دن بعد گردن میں اینٹھن کی شکایت کرنے لگا۔ اس اینٹھن کو اس مارپیٹ کی جانب منسوب کیا گیا۔ جو اسے ایک مدرس کے ہاتھ سے ایک دن قبل ہوئی تھی۔ تفتیش میں طبی شہادت دی گئی، اور بتایا گیا کہ کزاز کا سبب غالباً مارپیٹ نہیں ہے، کیونکہ اس کے بعد بہت قلیل مدت گزری تھی یعنی مرض کزاز تادیب سے ۲۴ گھنٹہ کے اندر رونما ہوا تھا، لیکن پاؤں کا تضرر اپنی نوعیت، اور اس مدت کے لحاظ سے جس کے بعد کزاز (tetanus) رونما ہوا، ایک نہایت ہی اغلب سبب تھا[2] کزاز کی حضانت کی مدت اس حد تک اطالت پذیر ہو سکتی ہے کہ اس امر کے متعلق کہ ایک خاص حملہ کچھ مدت پہلے لگے ہوئے تضرر کا نتیجہ ہے یا نہیں، شک پیدا ہو جاتا ہے۔ کزاز

256

---

[1] The Diagnosis of Nervous Diseases 1920

[2] Brit. Med. Journal 1892

کا وقوعِ تعفن کے تین ہفتہ بعد رونما ہونا ایک استثنائی امر ہے لیکن اگر ایسا ہو تو اس سے صحت ہونے کا امکان اس صورت کی بہ نسبت زیادہ ہوتا ہے، جب کہ کزاز اس سے جلد تر رونما ہو۔ ہنٹلے[1] (Huntley) نے ایک واقعہ قلمبند کیا ہے کہ ایک ۵ سالہ لڑکے کے دائیں پاؤں میں ایک دریدہ زخم لگ گیا، حادثہ کے بعد تیئسویں دن کزاز رونما ہوا، پھر صحت ہو گئی۔ امریکن جنگ میں، ۳۶[2] وارداتیں ہوئیں جن میں سے سات میں یہ مرض چھبیسویں[2] سے لیکر تینتسویں[3] دن تک کے بعد رونما ہوا اور تیئیس وارداتوں میں تیسویں دن تک بھی نہیں ہوا۔ کہا جاتا ہے کہ ایک مثال میں یہ مرض سات ماہ تک رونما نہیں ہوا۔

ای۔ ڈبلیو۔ ہل (E. W. Hill) نے ۱۰۹۲ وارداتوں کا تجزیہ کیا ہے۔ ان میں سے ۴۹، ۱۷ فیصدی میں مدتِ حضانت ایک سے لیکر ۵ دن اور ۰۶، ۵۵ فی صدی میں ۵ سے لیکر ۱۰ دن تک تھی، صرف ۸ وارداتیں ایسی تھیں کہ جن میں اسکی طوالت ۲۰ دن تک پہنچ گئی تھی[3]

ذاتی العلت کزاز (tetanus) کے وجود میں بہت زیادہ شک ہے اب عام طور سے تسلیم کیا جاتا ہے کہ کزاز کی علیت (causation) میں ضربی سرایت ایک ضروری عامل ہے، اور یہ کہ نام نہاد ذاتی العلت کزاز کی وارداتیں وہ ہوتی ہیں کہ جن میں کوئی خفیف علتی تضرر نظر انداز ہو جاتا ہے۔

خودزدہ زخم مشابہ تشددِ قاتلانہ

ایسے زخم مندرجہ ذیل نیتوں سے لگائے جاتے ہیں۔ انتقام۔ کسی شخص کے وقار کو

---

[1] The Lancet 1885

[2] The Med. & Surg. History of the War, part iii, Surg. 1883

[3] Quoted by Osler, Principles & Practice of Medicine, 1919

نقصان پہنچانے کی خواہش جس پر زخمی شخص یہ الزام لگاتا ہے کہ یہ زخم اسکو اس شخص نے لگایا ہے۔ شبہ کو دوسری جانب منعطف کرنے کے لئے، مثلاً کسی شخص کی تحویل میں روپیہ یا زیورات ہوں اور وہ انھیں غبن کرکے یہ بہانہ کرے کہ اسے لوٹ لیا گیا ہے۔ ہمدردی یا شہرت حاصل کرنے کے لئے، جبکہ مریض بالعموم ہسٹریکل لڑکیاں یا عورتیں ہوتی ہیں۔ ارتکاب قتل کے بعد یہ ظاہر کرنے کے لئے کہ یہ زخم کسی تیسرے شخص نے لگائے ہیں اور یہ کہ قتل کا قصوروار دراصل وہی ہے، یا (شاید یہ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ زخم مقتول شخص نے ہی لگائے ہیں یعنی مقتول نے پس ماندہ پر حملہ کیا اور پس ماندہ کو زخمی کیا اور پس ماندہ نے اپنی مدافعتی حفاظت میں اس کو ہلاک کر دیا۔

اس قسم کے خود زدہ زخم تقریباً ہمیشہ وخزی یا شگافتہ زخم ہوتے ہیں، اور جسم کے ان حصص تک محدود ہوتے ہیں جو فرد کی دسترس میں ہوتے ہیں۔ بسا اوقات یہ بیشمار ہوتے ہیں اور اس صورت میں بہت دور دور واقع ہوتے ہیں۔ یہ ادمہ سے نیچے شاذ ہی گھسے ہوتے ہیں، اور اگر گھسے ہوئے ہوں بھی تو ان حصص جسم پر واقع نہیں ہوتے کہ جہاں کے زخم عام طور پر مہلک فرض کئے جاتے ہیں۔ آخر الذکر دو خصائص کے لحاظ سے یہ خودکشی کے زخموں سے مختلف ہوتے ہیں۔ ہاتھ شاذو نادر ہی زخمی ہوئے ہوتے ہیں، لیکن صادق قاتلانہ تشدد میں خود حفاظت کی مساعی کی وجہ سے یہ اکثر زخمی ہو جاتے ہیں جسم کے زخموں کا اور اس لباس کے سوراخوں کا جس سے جسم زخم لگنے کے وقت ڈھکا ہوتا ہے یا ڈھکا ہوا بیان کیا جاتا ہے، مقابلہ کیا جائے تو ایک مزید اور اہم ترین علامت حاصل ہوتی ہے۔ تمام وارداتوں میں براہ راست مقابلہ کرنے کی ضرورت ہے یعنی کپڑے جسم پر اسی طرح پہنا دینے چاہئیں، جس طرح کہ وہ ابتدا میں پہنے ہوئے تھے۔ بسا اوقات ایسا ہوتا ہے کہ بعض زخم اس حالت میں لگائے ہوتے ہیں کہ جسم ڈھکا ہوا نہیں ہوتا، اور لباس کے وار پار کاٹیں علیحدہ کرکے لگی ہوتی ہیں، اور وہ قصداً متناظر بنائی جاتی ہیں۔ اس صورت میں تناقض ہونا ناگزیر ہے، لباس میں ایسی کاٹیں موجود ہوں گی کہ جسم پر ان کے متناظر کاٹیں نہیں پائی جائینگی اور اس سے زیادہ معنی خیز یہ امر ہوگا کہ جسم پر ایسے زخم موجود ہوں گے جو صحیح و سالم لباس سے ڈھکے ہوئے ہونگے۔

اس قسم کی ایک واردات میں بازو کا ایک شگافتہ زخم تھا لیکن کوٹ کی آستین میں جو کاٹ اس کے متناظر سمجھی جاتی تھی اس سے استر نہیں کٹا ہوا تھا، صرف بیرونی کپڑا ہی چھدا ہوا تھا۔ قطع نظر اس تناقض کے جو لباس کی کاٹوں اور جسم کے زخموں کے درمیان ہوتا ہے، خود لباس کے مختلف حصص سے بھی متضاد نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ معمولی لباس میں سے لگے ہوئے وخزات، قبل اس کے کہ جلد تک پہنچیں، لباس کی ایک سے زیادہ تہوں کو چھید دیتے ہیں۔ لباس کی مختلف تہوں کو جیسی جسم سے اترے ہوئے کوٹ، واسکوٹ، کرتہ، بنیان سے بنتی ہیں، اس طرح ترتیب دینا کہ جسم پر ہونیکی حالت میں ایک دوسرے کی کاٹیں باہم منطابق ہوں، ایک تقریباً ناممکن امر ہے۔

مزید براں طبیّ گواہ کو لباس کے ہر حصہ کا خون کے دھبوں کے لحاظ سے باحتیاط معائنہ کرنا چاہیئے اور چھدے ہوئے حصص کے ساتھ مقابلہ کرنا چاہیئے اگر مشتبہ شخص معمولی درجہ کی چالاکی بھی رکھتا ہو تو ضرور ہے کہ کاٹوں کے کناروں پر خون مل دے گا اور غالباً وہ یہ برتاؤ ہر کپڑے کے ساتھ الگ الگ کرے گا۔ اس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ بعض مثالوں میں کپڑے کی دو متصل تہیں غیر مساوی طور پر ملون پائی جائیں گی، اور بیرونی تہ اس تہ کی بہ نسبت جو اس کے نیچے ہے، زیادہ ملون پائی جائے گی۔

کہا جاتا ہے کہ جن افراد نے خودکشی کا اقدام کیا ہو اور خود کو ہلاک کرنے میں ناکام رہے ہوں، وہ شرم کے مارے کسی غیر معلوم شخص کو قاتلانہ طور پر زخمی کرنے کا الزام دیتے ہیں۔ ایسا واقعہ اُس قاعدہ کی کہ جو دغا کی نیت سے خود لگائے ہوئے زخموں پر اطلاق پذیر ہوتا ہے، ایک تعجب انگیز استثنار ہوگا کیونکہ خودکشی میں زخم کی جھوٹی توجیہہ (جو کہ غالباً صرف ایک ہی ہوتا ہے) زخم کے پیدا ہونے کے بعد سوچی جاتی ہے، لہذا وہ صفات جن کی کیفیت بیان کیجا چکی ہے زخم میں نہیں پائی جاتیں۔ بخلاف اس کے اغلب ہے کہ زخم کسی خطرناک مقام پر ہوگا اور آتشیں ہتھیار سے پیدا کیا گیا ہو۔

باب ۲۵

فنی حقوق، فرائض، اور ذمہ داریاں

ایک رجسٹر شدہ طبیب جب بیماروں کے معالجہ کا ذمہ اٹھاتا ہے، تو وہ اپنے فن کی تعمیل میں بعض حقوق حاصل کرتا ہے، اور مختلف فرائض اپنے سر لیتا ہے کہ جن کی عدم تکمیل اسے شدید سزاؤں اور تعزیرات کا مستوجب بناتی ہے۔ ان میں سے بعض فرائض تو دستور اساسی کی رو سے عائد ہوتے ہیں، اور بعض ایسے ہیں جو رواجی قانون (common law) پر مبنی ہیں۔ علاوہ اس کے کچھ ایسے فریضے بھی ہیں، مثلاً اظہار وقت الموت لینا، جن کی بنیاد قانون کے ذریعہ نفاذ بالجبر نہیں، بلکہ رواج اور اخلاقی ذمہ داری ہے۔

ایک رجسٹرڈ طبیب کو قانون کی رو سے بعض حقوق حاصل ہوتے ہیں، جن کی بنا پر اس کو بعض امور کے لحاظ سے ایک غیر رجسٹرڈ طبیب کے مقابلہ میں بہتر حیثیت حاصل ہو جاتی ہے۔ مثلاً وہ ان سندات پر جنکو کہ مجلس شوریٰ ضروری قرار دیتی ہے، جیسے ایکٹ جنون یا ایکٹ تعلیمات کے تحت دی ہوئی سندات پر، دستخط کرنے کا اختیار رکھتا ہے، اور ایسی سندات دے کر وہ گواہوں اور جیوری کے ارکان کو بوجہ علالت عدالت میں حاضر ہونے سے معاف کر دے سکتا ہے۔ وہ جیوری میں خدمت کرنے کی مجبوری سے بری الذمہ ہے، وہ اپنی فیس کے لئے نالش کر سکتا ہے، اور عہدہ ہائے سرکاری پر فائز ہو سکتا ہے۔

رجسٹری (registration)۔ یہ بتا دینا ضروری ہے کہ ایک طبیب کو رجسٹری ایکٹ کی رو سے حقوق اور ذمہ داریاں دونوں چیزیں حاصل ہوتی ہیں، ایک آدمی اعلیٰ سے اعلیٰ طبی اور جراحتی ڈگریاں ہی کیوں نہ رکھتا ہو، تاوقتیکہ وہ جنرل میڈیکل کونسل (General Medical Council) میں درج

رجسٹر نہ ہو جائے، اُس کی حیثیت ایک غیر سند یافتہ شخص کی حیثیت سے کسی طرح بہتر نہیں ہوتی۔ چنانچہ وہ شخص جو قابل رجسٹری ڈگری لے چکا ہو اور طبابت کرنے کا خواہاں ہو، اسے اس امر کا خیال ہونا چاہیئے کہ اس کا نام جلد از جلد رجسٹر پر آ جائے۔ اگر کسی وجہ مثلاً ملک سے طویل غیر حاضری کے باعث، یا فہرست کی نظر ثانی کے موقعہ پر رجسٹرار کی طرف سے اطلاع نہ ہونے کے باعث اس کا نام خارج کر دیا جائے تو اس کا فرض ہے کہ از سر نو مداولت کرنے سے قبل ضروری تدابیر اختیار کرے کہ اس کا نام دوبارہ درج رجسٹر ہو جائے۔

یہ دیکھا جائے گا کہ مجلس شوریٰ کے اکثر ایکٹوں میں "باضابطہ سند یافتہ" کے الفاظ استعمال کئے جاتے ہیں۔ ان کا مطلب طبی ایکٹ کی چونتیسویں دفعہ کی رو سے طبی ایکٹ کے تحت رجسٹر شدہ شخص لیا جاتا ہے۔

جنرل میڈیکل کونسل (General Medical Council)۔ یہ جماعت ۱۸۵۸ء کے طبی ایکٹ کی رو سے معرض وجود میں آئی ہے اور اس میں مندرجہ ذیل اشخاص شامل ہوتے ہیں۔ وہ اشخاص جن کو مجلس خاصہ (Privy Council) تاج کے توسط سے مقرر کرتی ہے، وہ اشخاص جن کو جزائر برطانیہ کی مختلف اجازت دہندہ جماعتیں اور جامعات مقرر کرتے ہیں اور چند عدد نمائندگان جنہیں جزائر برطانیہ کے طبیب براہ راست منتخب کرتے ہیں۔ کونسل کے پاس طبیبوں کا ایک رجسٹر رہتا ہے اور اس کو اراکین فن پر انتظامی اختیارات حاصل ہوتے ہیں۔ اس کے دیگر فرائض یہ ہیں۔ طبی طالبعلموں کے لئے جو تعلیمی نصابات مقرر کئے جاتے ہیں ان پر کچھ اقتدار رکھنا، اور سندی امتحانات میں کامیابی کے لئے علم اور ہنرمندی کے ایک کامل معیار کی ضرورت کا خیال رکھنا اور عقاقیر او راودیہ، اور ان کے طریقہائے تیاری کی فہرست کا جو کہ برطانوی قرابادین کے نام سے معروف ہے، شایع کرنا۔

یہاں ہمیں انتظامی اختیارات کے استعمال سے بحث ہے طبی ایکٹ کی انتیسویں دفعہ حسب ذیل مرقوم ہے۔ "اگر کوئی رجسٹر شدہ طبیب انگلستان یا آئرستان میں جرم شدید یا جرم خفیف کا اور اسکاچستان میں کسی جرم یا قصور

کا مجرم ثابت ہو گیا، جنرل میڈیکل کونسل اسے باضابطہ تحقیقات کے بعد کسی ایسے طرزِ عمل کا قصوروار ٹھہرائے جو فنی اعتبار سے اسکو رسوا کرے، تو جنرل میڈیکل کونسل مناسب سمجھنے پر مستحل کو اس میڈیکل پریکٹیشنر کا نام رجسٹر سے اڑا دینے کا حکم دے سکتی ہے۔ "فنی اعتبار سے رسوا کرنے والے فعل" کی تعریف ایلسن (Allison) بنام جنرل میڈیکل کونسل (General Medical Council) کے مقدمہ میں لارڈ لوپیز (Lopez) نے کی ہے۔ (۶۳ ل۔ ق۔ ب ۵۳۴) اس کا قول ہے کہ اگر یہ ثابت ہو جائے کہ کسی طبیب نے اپنے فنی مشاغل میں کوئی ایسا فعل کیا ہے کہ جس کو اس کے نیک نام اور لائق برادرانِ فنی معقول طور پر ذلت آمیز اور غیر موقر تصور کرتے ہیں تو کونسل کو یہ کہنے کا اختیار ہے کہ شخص موصوف فنی اعتبار سے رسوا کن فعل کا قصوروار ہوا ہے۔

کونسل نے پے در پے مقدمات میں سماعت کر کے جو فیصلہ کئے ہیں ان سے اس امر کا عملی طور پر تعین ہو گیا ہے کہ مندرجہ بالا الفاظ کا اطلاق کن کن جرائم پر ہوتا ہے۔ ان میں زیادہ اہم جرائم یہ ہیں۔

فوجداری جرم کا ثابت ہونا الّا اس صورت میں کہ جرم نہایت ہی ادنیٰ ہو۔

ڈاکٹر اور مریض کے درمیان تعلقاتِ فحش اس وقت جبکہ ان کے مابین تعلقات فنی بھی موجود ہوں۔

غیر صحیح گمراہ کن یا ناواجب طبی صداقت ناموں، اعلانات، اطلاعات یا اس طرح کی دیگر دستاویزات پر دستخط کرنا۔

بعض امور کے بارے میں کونسل نے مندرجہ ذیل اعلانات شائع کئے ہیں۔

غیر سند یافتہ مددگار اور ان کی عیب پوشی۔ ایک رجسٹر شدہ پریکٹیشنر کا فنی مداولت کے سلسلہ میں کسی ایسے مددگار کو ملازم رکھنا جو باضابطہ طور سے سند یا یا رجسٹر شدہ نہ ہو یا کسی غیر سند یافتہ شخص کو ایسے امور میں مریضوں کی تیمارداری، معالجہ یا عملیات کرنے کی اجازت دینا جن میں ہنرمندی اور فنی تمیز درکار ہو، کونسل کی رائے میں حقیقی طور پر فریب آمیز اور صحت عامہ کے لئے خطرناک ہے۔

اگر کسی رجسٹر شدہ میڈیکل پریکٹیشنر کے متعلق ثابت ہو جائے کہ اس نے ایسے

غیر سند یافتہ شخص کو اس طور سے ملازم رکھا ہے تو وہ رجسٹر سے نام خارج کر دئے جانے کا مستوجب ہے۔

اگر کوئی رجسٹر شدہ طبیب اپنی موجودگی پشت پناہی، مشورہ، امداد، یا تعاون سے کسی غیر سند یافتہ یا غیر رجسٹر شدہ شخص کو خواہ مددگار ہو یا کوئی اور نام رکھتا ہو، دانستہ کسی ایسے امر میں کہ جس میں فنی تمیز یا ہنرمندی کی ضرورت ہے، مریض کی تیمار داری کرنے، اس کا علاج کرنے یا اس پر عملیہ کرنے کی اجازت دیتا ہے یا اس سے کسی صداقت نامہ، اطلاع نامہ، روئداد، یا اس قسم کی کوئی دیگر دستاویز شائع کراتا یا حاصل کراتا ہے یا اسے کسی اور طرح سے فنی مداولت کرنے کی اجازت دیتا ہے گویا شخص مذکور باضابطہ سند یافتہ اور رجسٹر شدہ ہے، تو یہ واقعات ثابت ہونے پر اس کا نام رجسٹر سے اڑا دیے جانے کا امکان ہے۔

لیکن متذکرہ صدر بیان کا اطلاق اس طرح کیا جاتا ہے کہ حقیقی۔ (bona fide) طلبا کی مناسب تربیت و تدریس پر یا تکسیہ کرنے والوں، دایوں، دوا بنانے والوں، جراحتی مددگاروں اور ماہر میکانیوں (mechanics) پر، کسی رجسٹر شدہ پریکٹیشنر کی ذاتی نگرانی کے ماتحت براہ راست کام کرنے میں کوئی پابندی عائد نہیں کی جاتی۔

زہروں کی فروخت۔ اگر کوئی رجسٹر شدہ پریکٹیشنر میڈیکل ہال یا کھلی دکان یا کوئی اور جگہ رکھتا ہے جہاں مجدولہ زہر یا تجہیزات جن میں مجدولہ زہر ہو عوام کے ہاتھ فروخت ہوتے ہیں، اور وہ اپنے ذاتی نفع کے لئے اور اپنے سند نامہ کے پردہ میں، ایسے مددگاروں کو ملازم رکھتا ہے اور ان کی سپردگی میں چیزیں چھوڑ جاتا ہے جو مجدولہ زہروں کو عوام کے ہاتھ فروخت کرنے کے قانوناً مجاز نہیں ہیں، تو کونسل (Council) کی رائے میں اس کارروائی فنی لحاظ سے مذموم اور عوام کے لئے پرخطر ہے۔ اور اگر کسی رجسٹر شدہ طبیب کے متعلق یہ ثابت ہو جائے کہ اس نے یہ قصور کیا ہے، تو وہ رجسٹر سے نام خارج کر دئے جانے کا مستوجب ہو گا۔

غیر سند یافتہ اشخاص کے ساتھ شرکت۔ اگر کوئی رجسٹرڈ پریکٹیشنر کسی غیر سند یافتہ طبیب کو کسی دوسرے شخص کی خبر گیری کرنے، معالجہ کرنے یا اس پر عملیہ کرنے کے اثنا میں مخدرات دے کر یا کسی اور طرح ایسے امور کے سلسلہ میں امداد

دے گا، جن میں فنی فراست یا ہنرمندی کی ضرورت ہے تو ان واقعات کا ثبوت ہونے پر اس کا نام رجسٹر سے اڑا دئے جانے کا امکان ہے۔

اشتہار اور ترغیب (canvassing) (۱) رجسٹرڈ پریکٹیشنر کا اپنے ذاتی نفع کی غرض سے اشتہار دینا خواہ وہ بذات خود ایسا کرے یا دوسرے سے کرائے، یا ایسے طریقوں کی منظوری دینا جن سے دوسرے پریکٹیشنروں کا استخفاف ہوتا ہو، یا ایسے اشتہار کی اجازت دینا۔ (۲) مریض بہم پہنچانے کی غرض سے گماشتے یا ترغیب دینے والے ملازم رکھنا یا ان کی ملازمت کی منظوری دینا۔ (۳) ایسی جماعت کے ساتھ اشتراک عمل کرنا یا اس کے ماتحت ملازمت قبول کرنا جس کی عادت مریض بہم پہنچانے کی غرض سے ترغیب یا اشتہار دینا ہو، کونسل کی رائے میں یہ سب دستور مفاد عامہ کے خلاف اور فن طبابت کے لئے مذموم ہیں۔ اگر کوئی میڈیکل پریکٹیشنر ان دستوروں کی جانب رجوع کرے گا تو واقعات کا ثبوت ہونے پر اس کا نام رجسٹر سے خارج کر دئے جانے کا امکان ہے۔

ایسی غیر سند یافتہ عورتوں کے ساتھ شرکت جو بطور دایہ کے مداولت کرتی ہوں۔ ہرگاہ کہ ایکٹ دایان ۱۹۰۲ء اور ایکٹ دایان ۱۹۱۵ء (سکاٹلینڈ) میں یہ امر داخل ہے کہ کوئی عورت جو اس ایکٹ کے ماتحت سند حاصل نہ کر چکی ہو، بغیر کسی سند یافتہ پریکٹیشنر کی ہدایت کے، عادتاً یا بغرض نفع، کسی عورت کا زچگی میں معالجہ نہیں کر سکتی۔ اور ہرگاہ کہ جنرل میڈیکل کونسل پر یہ واضح ہو گیا ہے کہ بعض سند یافتہ میڈیکل پریکٹیشنروں نے وقتاً فوقتاً امداد یا چشم پوشی کر کے یا اعلانات یا اسی طرز کی دیگر دستاویزات شایع کر کے، دانستہ اور خلاف قانون، غیر سند یافتہ عورتوں کو عورتوں کا زچگی میں معالجہ کرنے دیا ہے، اس بہانہ سے کہ وہ ان کے زیر ہدایت ہیں۔ اور ہرگاہ کہ کونسل کی رائے میں یہ روش فن طبابت کے لئے مذموم ہے، اور ماؤں اور شیر خوار بچوں کی حفاظت کے لئے مفاد عامہ کے پیش نظر جو ایکٹ وضع کئے گئے ہیں، ان کے مقصد کو فوت کر دیتی ہے۔ لہذا بذریعہ ہذا مطلع کیا جاتا ہے کہ اگر کسی میڈیکل پریکٹیشنر کے متعلق یہ ثابت ہو گیا کہ اس نے یہ جرم کیا ہے، تو اس کا نام میڈیکل رجسٹر سے اڑا دیا جانے کا امکان ہے۔

اس سے کم سنگین مثالوں میں ممکن ہے کہ کونسل مقدمہ پر مزید غور و فکر کرنا کچھ مدت کے لئے ملتوی کر دے تاکہ مجرم کو اس روش سے کہ جس کی شکایت کی گئی ہو، باز رہنے کا موقعہ حاصل ہو جائے جنرل میڈیکل کونسل کے فیصلہ کے خلاف اس وقت جبکہ یہ ضروری تحقیقات کے بعد اور بغیر کینہ کے دیا جائے کوئی مرافعہ ممکن نہیں۔

معقول ہنرمندی اور احتیاط برتنے کا فریضہ

قانون کا اقتضا یہ ہے کہ میڈیکل مداول مریضوں کے علاج میں معقول ہنرمندی اور احتیاط سے کام لے، ایسا نہ کرنا بدمعاملگی کا جرم قرار دیا جاتا ہے۔ اگر کسی مریض کو غفلت آمیز علاج کی وجہ سے نقصان پہنچے، تو میڈیکل مداول کے خلاف جو کہ اس کا موجب ہے، دیوانی دعویٰ دائر کیا جا سکتا ہے اور اس پر ایک بھاری تاوان عائد کیا جا سکتا ہے بلکہ اگر صریح بے احتیاطی اور غفلت کا اظہار کیا گیا ہو، تو فوجداری استغاثہ بھی کیا جا سکتا ہے۔ اس موضوع کے ضمن میں اہم سوال یہ ہوتا ہے کہ بدمعاملگی کے الزام سے برات کیلئے کس درجہ احتیاط اور چابکدستی کی ضرورت ہے۔ اس سوال کا جواب محض اضافی طور پر دیا جا سکتا ہے یعنی کوئی ایسا پختہ معیار موجود نہیں کہ جس کے ذریعہ اس امر کا اندازہ لگایا جا سکے کہ کس قدر چابکدستی کافی قرار دیجائے۔ اسیطرح یہ بھی فیصلہ نہیں کیا جا سکتا کہ کس قدر احتیاط کافی قرار دی جائے۔ لفظ "معقول" کی جو شرط لگائی گئی ہے اسکی تاویل میں خاصی وسعت ممکن ہے مثلاً ایک بلند مرتبہ شہری طبیب یا سرجن سے ایک دیہاتی پریکٹیشنر کی نسبت، زیادہ درجہ کی ہنرمندی کی توقع کی جا سکتی ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ اعلیٰ ہنرمندی سے کام لینے کا موقعہ ہی نہ پیش آئے مثلاً بازو کے کسر کا علاج جیسا ایک ہسپتال کا سرجن کر سکتا ہے، ویسا ہی ایک دیہاتی مداول بھی کر سکتا ہے لہذا ایسی مثال میں معالجہ میں کوئی فاش غلطی پہلی صورت میں اتنی ہی قابل مذمت ہوگی جتنی کہ دوسری

صورت میں۔ ہر میڈیکل پریکٹیشنر تشخیص یا معالجہ میں لغزش کر سکتا ہے لیکن یہ بدمعاملگی کا الزام صحیح ثابت کرنے کے لئے کافی نہیں بلکہ یہ ثابت کرنا بھی ضروری ہے کہ اس نے معقول درجہ کی ہنرمندی اور توجہ سے کام نہیں لیا۔

یہ دیکھا جائے گا کہ بدمعاملگی دو صورتوں میں سے ایک یا دونوں کا نتیجہ ہوسکتی ہے: معقول ہنرمندی کا فقدان، اور معقول توجہ اور احتیاط کا فقدان۔ ممکن ہے کہ ایک سرجن کافی ہنرمندی کے ساتھ عملیہ انجام دے، لیکن چونکہ اس عملیہ کی کامیابی کے لئے بعد میں نہایت احتیاط اور توجہ کی ضرورت ہے، لہٰذا اگر یہ احتیاط اور توجہ نہ برتی جائے، تو سرجن پر برائے ہرجانہ نالش کی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ بیان کردہ غفلتِ مابعد ایسی توجیہہ کی متحمل ہو کہ یہ غفلت ایک بحث طلب سوال بن جائے، یا یہ ایسی نوعیت کی ہو کہ اس کے وقوع کے متعلق بالکل شک باقی نہ رہے۔ مثلاً نکسیر کی ایک شدید اصابت میں اگر سرجن نتھنوں کو ہنرمندی سے ڈاٹ لگا دے، لیکن پھر اس ڈاٹ کو علی حالہٖ رہنے دے، جس سے ڈاٹ گندیدہ ہو جائے اور عفونتی سرایت زدگی وقوع پذیر ہو جائے، تو سرجن پر غفلت کا الزام لگایا جاتا ہے۔ اس صورت میں وہ کہہ سکتا ہے کہ نزف اس قدر شدید تھا کہ اس نے اس سے پہلے ڈاٹ نکالنے میں خود کو حق بجانب نہیں سمجھا۔ اب یہ ایک قرینِ قیاس توجیہہ ہے، اور زیادہ سے زیادہ اس واقعہ سے یہ نتیجہ نکالا جا سکتا ہے کہ فیصلہ میں غلطی ہو گئی تھی، لیکن ایسی غلطی ہرجانہ طلبی کے لئے مشکل سے کافی سمجھی جائے گی۔ بخلاف اس کے ممکن ہے کہ ایک میڈیکل مداول اس درجہ کی غفلت کا اظہار کرے کہ قانونی کارروائی کا مستوجب ہو، جبکہ وہ ایسی ضروری التوجہ علامات کو تسکین دینا بھول جائے جن کے علاج کی ضرورت اسے اپنے فن کی متوسط درجہ کی واقفیت سے بھی معلوم ہو سکتی تھی۔ مثلاً وہ ایک بھرے ہوئے مثانہ والے مریض کو اتنی دیر تک بلا تسکین رہنے دے کہ اس سے خطرناک نتائج مترتب ہو جائیں۔ خواہ اختیار کردہ معالجہ موزوں ہی کیوں نہ ہو، تو بھی ثانوی اثرات زبوں کو روکنے کے لئے کافی احتیاط کا خیال نہ رکھنا، غفلت قرار دیا جاتا ہے۔ مثلاً سنہ ۱۹۰۴ء میں ایک ایسے طبیب سے ہرجانہ دلایا گیا جس نے ایک مرض خبیثہ کی اصابت میں لاشعاعیں اور بلند تعددی رَویں برتی تھیں،

اور ان سے مریض کو وافر التہاب جلدی اور جلد کا احتراق ہوگیا تھا معقول ہنرمندی اور احتیاط سے قطع نظر، ایک طبیب یوں بھی ادائے ہرجانہ کا مستوجب ہوسکتا ہے کہ وہ کوئی بالکل نیا اسلوب علاج اختیار کرے جسکی نوعیت کم و بیش تجربہ کی سی ہو، اور علاج کا نتیجہ موافق نہ نکلے لیکن ایسا صرف شاذ و نادر ہی ہوسکتا ہے کیونکہ معالجہ میں اصلاحات کی ترقی بتدریج ہوتی ہے، ممکن ہے کہ ایک نیا طریقہ اس طریقہ سے کہ جو سابق میں اختیار کیا جاتا تھا، بالکل مختلف ہو، تاہم قدیم تر علاج سے اُس کا اتنا کافی تعلق ہوتا ہے کہ اس سے خالص تجربہ کی نوعیت جاتی رہتی ہے، نیا طریقہ فعلیاتی یا مرضیاتی واقعات پر مبنی ہوتا ہے جن کے حوالہ سے نئی روش حق بجانب ثابت کی جاسکتی ہے۔ یہ ایک بالکل غیر معقول امر ہے کہ علاج کے متعلق طبی سائنس کی ترقیوں کو محدود کر دیا جائے، عصر حاضر میں اس امر کا اتنا عام طور سے احساس کیا جاتا ہے کہ عوام نئے نئے علاجوں کا خیر مقدم کرتے ہیں، اور انھیں بخوشی کرواتے ہیں، اگرچہ وہ انکی آزمائشی نوعیت سے بخوبی آگاہ ہوتے ہیں۔ جب کبھی کسی خاص اصابت میں کوئی میڈیکل پریکٹیشنر ایسا طریق علاج اختیار کرنا چاہتا ہو جو ان طریقوں سے جنھیں عام ارباب فن تسلیم کرتے ہوں، ایک معتدبہ حد تک مختلف ہو، تو اسے چاہئے کہ مریض کو اپنا راز دار بنائے اور اس پر علاج کی نوعیت اور غرض آشکارا کرے اور علاج پر عملدرآمد کرنے سے قبل اس کی منظوری لے لے بشرطیکہ یہ بخوشی دیجائے۔ اگر بوجہ کمسن ہونے کے یا کسی اور وجہ سے مریض یہ دشواریاں سمجھنے سے قاصر ہو، تو اصابت کے متعلق تمام امور سب سے قریبی رشتہ دار کے روبرو بیان کرنے چاہئیں اور اسکی منظوری حاصل کرنی چاہئے۔

وقتاً فوقتاً سرجنوں کے خلاف یہ نالش کی جاتی ہے کہ انھوں نے بازو یا ٹانگ کی شکستگی کا علاج غیر ہنرمندی سے کیا ہے اور مریض اس معاملہ کے متعلق اپنی رائے پر مزید زور یوں ڈالتا ہے کہ وہ بل کی ادائی سے انکار کر دیتا ہے۔ ایسے مقدمات میں گاہے عدالت ایک عجیب و غریب راضی نامہ کرواتی ہے، خواہ ہنرمندی اور احتیاط کے فقدان کا ثبوت نہ بھی ہو، تاہم اگر جارحہ تبدیل شدہ منظر پیش کرے

262

تو قطع نظر اس امر کہ سب سے بڑے تنقیح طلب امر کے متعلق فیصلہ جرم کے حق میں ہوتا ہے، اس رقم میں جو اس کو واجب الادا ہوتی ہے تخفیف کر دیجاتی ہے۔ غفلت کی مندرجہ ذیل مثال اتنی سنگین ہے کہ جرم کے درجہ تک پہنچتی ہے۔

۱۸۸۵ء میں واروک (Warwick) اسائز میں ایک میڈیکل پریکٹیشنر کو ایک شادی شدہ عورت کے قتل کی پاداش میں جس کا اس نے زچگی میں معالجہ کیا تھا، چھ ماہ کی سزا دی گئی۔ جب وہ کلاب (forceps) کے ذریعہ بچہ جنوا چکا، تو دیکھا گیا کہ اس نے کوئی شئے کاٹ کے پائخانہ میں پھینک دی ہے، ثابت ہوا کہ یہ شئے تو ۱۵ فٹ معا ہے امتحان بعد الموت پر یہ دیکھا گیا کہ مہبل مشقوق ہو چکی ہے اور قولون اور لفائفی کا کچھ حصہ مفقود ہے۔ غالباً اس حصہ کو پہلے سمجھ کر کھینچا گیا ہوگا کہ یہ حبل ہے۔

اگر میڈیکل پریکٹیشنر اپنے فنی فرائض کی تکمیل کے دوران میں مثلاً عملیہ انجام دیتے ہوئے یا وضع حمل میں کسی عورت کا معالجہ کرتے ہوئے مجرمانہ طور پر غفلت کرے تو یہ عذر کہ وہ کسی دوائی کے زیر اثر تھا جو کہ اس نے ایک جائز غرض کے لئے کھائی تھی، اُسے ہرگز بری نہیں کرتا۔

ایک طبیب پر یہ جرم قائم کیا گیا (حکومت بنام وائٹ سی سی سی نومبر ۱۸۹۵ء) کہ اس نے ایک عورت کو بذریعہ کلاب (forceps) بچہ جنواتے ہوئے عورت کی موت واقع کر دی ہے۔ پہلے تو یہ حجت پیش کی گئی کہ قیدی اس وقت نشہ کے زیر اثر تھا، لیکن بعد میں یہ تصریح پیش کی گئی کہ اس نے وضع حمل پر بلائے جانے سے قبل کلورل ہائیڈریٹ کی ایک بڑی خوراک کھائی تھی۔ جے رائٹ (J. Wright) نے خلاصہ شہادت لکھتے ہوئے کہا کہ ممکن ہے کہ کسی آدمی کا کسی مرض کے علاج کے لئے کلورل یا ایسی ہی دوائی سے خود کو ذہول زدہ کر لینا ایک بالکل جائز امر ہو، لیکن اس حالت میں اکو کسی زچگی کی اصابت کا معالجہ نہ کرنا چاہیئے۔ قیدی کو قصور وار ٹھیرا کر تین ماہ قید کی سزا دی گئی۔ جج نے یہ بھی بیان کیا کہ اگر یہ بدعلاجی الکحلی مخموریت کا نتیجہ ہوتی تو قیدی کو اس سے بہت ہی شدید تر سزا دیجاتی۔

کسی بدمعاملگی کے مقدمہ میں جس میں موت واقع ہوگئی ہو، میڈیکل پریکٹیشنروں کی کتنی بھاری ذمہ داری ہے، اس کی مثال اس امر سے ملتی ہے کہ اس مقدمہ میں وکیل صفائی نے یہ کہاکہ متوفیہ کے خاوند نے اسکے موکل سے ہرجانہ طلبی کے استغاثہ کا بھی آغاز کر دیا ہے۔

ذمہ داری ایک مجرمانہ زخم کی اصابت میں اگر کسی طبیب کی تحویل میں ایسی اصابت ہو کہ جس کے مہلک ثابت ہونے کا احتمال ہو تو اس کی پوزیشن بڑی ذمہ داری کی ہوتی ہے، اگر زخمی شخص مرجائے، تو اس علاج پر جو اس نے اختیار کیا ہو سختی سے اعتراض کیا جاتا ہے۔ وکیل صفائی کا مقصد الزام کو اپنے موکل سے کسی دوسرے شخص پر منتقل کرنا ہوتا ہے، چنانچہ بالعموم وہ طبیب ہی کو اس کا نشانہ بناتا ہے، لہذا لازم ہے کہ جس خطرے کے پیش آنے کا امکان ہے، اس کو شروع سے آخر تک پیش نظر رکھکر علاج کیا جائے۔ عملیتی مداخلت سے صرف اسی وقت کام لینا چاہیئے، جب کہ یہ بالکل ناگزیر ہو جائے عملیہ انجام دینے سے قبل ایک یا دو سرجنوں سے مشورہ کر لینا چاہیئے اور یہ احتیاط اس صورت میں بھی کرنی چاہیئے جب کہ عملیہ کو ضروری قرار دینے کے لئے کوئی وجہ موجود ہو کیونکہ سماعت پر طبیب کو نہ صرف اس لئے بھی مطعون کیا جاتا ہے کہ اس نے ایسا عملیہ انجام دیا کہ جس سے زخمی شخص کی موت واقع ہوگئی، بلکہ اس لئے بھی کیا جاتا ہے کہ اس نے ایسے عملیہ کی جانب رجوع کرنے سے بے پروائی کی جس سے مریض کی زندگی غالباً بچ گئی ہوتی۔ اگر طبیب نے معقول درجہ کی احتیاط اور ہنرمندی سے کام لیا ہو تو خواہ علاج کا کچھ ہی نتیجہ کیوں نہ ہو، اس سے ملزم کی مجرمیت میں کچھ فرق نہیں پڑتا حتیٰ کہ اگر غلط تشخیص کی وجہ سے سرجن نے کوئی عملیہ مناسب غور وخوض کے بعد اور زندگی بچانے کی غرض سے اور اسکی قطعی ضرورت کا یقین رکھتے ہوئے انجام دیدیا ہو اور موت کے بعد امتحان کرنے سے معلوم ہوا ہو کہ اس عملیہ کی ضرورت نہ تھی، یا یہ کہ اس سے موت کا اسراع ہوا ہے، یا یہ کہ یہی موت کا موجب ہوا، تو اس صورت میں بھی جرم کے لئے وہی شخص جواب دہ ہوگا جس نے اصل زخم لگایا ہے۔ جہاں تک اطبا کا تعلق ہے ان کو مندرجہ ذیل امور بری کرتے ہیں۔

یہ کہ اصل زخم کے مہلک ثابت ہونے کا احتمال ہو یا سرجن کی رائے میں

زندگی بچانے کے لئے عملیہ قطعاً ضروری ہو، یا عملیہ کی انجام دہی میں معقول ہنرمندی اور احتیاط سے کام لیا گیا ہو۔

اگر زخم بجائے خود مہلک نوعیت کا نہ ہو، بلکہ زخمی شخص کی موت ناہنرمندانہ اور غفلت آمیز علاج کی وجہ سے واقع ہوئی ہو تو پھر ملزم ذمہ داری سے سبکدوش ہوجاتا ہے۔ مثلاً اگر کسی تشدد مجرمانہ کے فعل سے ایک مابلغی اینورزم بن جائے، اور اس پر پھوڑے کا گمان کر کے اس کو چاقو سے کھول دیا جائے اور نزف سے موت واقع ہوجائے، تو اس شخص کو کہ جس نے اصل زخم لگایا تھا، ہرگز موت کے لئے جواب دہ نہیں ٹھہرایا جاتا۔ قانون جب ان مثالوں میں معقول درجہ کی ہنرمندی کا اظہار ضروری قرار دیتا ہے، تو اس کی مراد ایسی ہنرمندی سے ہوتی ہے جو سمجھا جاتا ہے کہ ہر باضابطہ طور سے سند یافتہ پریکٹیشنر کا وصف ہونا چاہیئے۔ بڑے شہروں کی مانند دور دست دیہاتی مقامات میں یہ توقع نہیں کی جاسکتی کہ کسی بہت ہی تجربہ کار عملیہ کن سرجن کی خدمات حاصل کی جائیں گی، اور نہ قانون ہی ایسے بلند معیار کی قابلیت کا مطالبہ کرتا ہے۔ ایک عمومی پریکٹیشنر جو شہر میں رہائش پذیر ہے اور جس کی تحویل میں مجرمانہ زخم کی ایک خطرناک اصابت ہے، اس کا فرض ہے کہ وہ خود اپنی غرض کے لئے کسی تجربہ کار ہاسپٹل سرجن کی امداد سے متمتع ہو، تاکہ وہ اس تنقید کا جو مہلک نتیجہ کی صورت میں اس اصابت کے طریق علاج پر تقریباً لامحالہ وارد کی جائے گی، مقابلہ کرسکے۔ جب کوئی دیہات کا پریکٹیشنر اپنی طرف سے بیش از بیش ہنرمندی اور توجہ برتتا ہے تو وہ قانون کے اقتضا کو جو کچھ بھی یہ ہے، پورا کر دیتا ہے۔

جب کلوروفارم یا دیگر معدم حس سے، جو عملیہ انجام دینے کی غرض سے دیا گیا ہو، موت واقع ہوجائے تو وہ انہی اصولوں سے جانچی جائے گی گویا کہ وہ خود عملیہ ہی کا نتیجہ ہے، بالفاظ دیگر ان سوالات سے کہ کیا معدم حس ضروری تھا اور کیا یہ معقول ہنرمندی اور احتیاط سے دیا گیا۔

اطبا کی ذمہ داری منتظمین دواخانہ اور ممرضات کے بارے میں اگر کوئی طبیب کسی مریض کے علاج میں کسی نرس سے مدد لے یا اسے اپنی عدم موجودگی میں تعمیل ہدایات کے لئے پیچھے چھوڑ جائے اور پھر غفلت کی شکایت کی جائے تو یہ سوال اٹھتا ہے کہ کونسا فریق جواب دہ ہے۔ اس سوال کے متعلق بحث وتمحیص کرنے کیلئے قانونی دلائل

بتانے کی ضرورت ہے جو کہ یہاں بے محل ہیں۔ البتہ بعض موٹے موٹے اصول بتائے جا سکتے ہیں۔

قانون کا یہ ایک عام اصول ہے کہ ایک مددگار کے افعال کے لئے اس کا صدر جوابدہ ہے۔ اگر کوئی شخص کسی دوسرے کے ذریعہ فعل کرتا ہے تو اس کی وہی حیثیت ہے گویا کہ وہ خود کرتا ہے۔ اس قاعدہ کے مخصوص اطلاقات اس امر پر منحصر ہیں کہ حالات کیا ہیں۔ عملیہ کی انجام دہی کے دوران میں عملیہ کنندہ سرجن مختار مطلق ہوتا ہے، اور وہ ممرضات کے افعال غفلت کے لئے، جو کہ قانون کی نظر میں اس وقت کے لئے اس کی حکم بردار ہوتی ہیں، جوابدہ ہوتا ہے۔ ناظم ہسپتال پر ہرگز کوئی ذمہ داری عائد نہیں ہوتی، بشرطیکہ اس نے ممرضات کے انتخاب میں مناسب احتیاط برتی ہو۔

ناظم دواخانہ اور سرجن اور ممرضات کے درمیان کیا تعلقات ہیں، یہ امر ہلیر (Hillyer) بنام حاکمان دواخانہ سینٹ بارتھلیو (Governers of the St. Bartholomew's Hospital, 1909, 2 K. B., 820) کے مقدمہ میں بوضاحت بیان کیا گیا۔ اس مقدمہ میں مدعی نے، اس امر کی بنا پر کہ مدعا علیہم کے دواخانہ میں غفلت برتنے سے تضررات پیدا ہو گئے تھے، ہرجانہ طلب کیا۔ مدعی، دواخانہ میں اس غرض سے داخل ہوا تھا کہ ہسپتال سے وابستہ مشیر سرجن سے معدم حس کے تحت اپنا معائنہ کرائے۔ معائنہ کی غرض سے اسے ایک عملیتی میز پر لٹا دیا گیا، اور وضع پر اس کے بازو میز کے پہلوؤں پر سے نیچے لٹکتے تھے۔ اس کا بایاں بازو ایک گرم پانی کے ٹین (tin) سے جو کہ ... ابھرا ہوا تھا، مس کرنے کے باعث جل گیا، اور اس کا دایاں بازو کسی شخص کے اس پر دباؤ ڈالنے سے کوفتہ ہو گیا۔ بعد میں ضربی التہاب اعصاب اور دونوں بازوؤں کا شلل واقع ہو گیا۔ جسٹس گراہم (Justice Graham) نے پہلی سماعت پر غفلت کے سوال کو جیوری کے فیصلہ پر چھوڑ دینے سے اس بنا پر انکار کر دیا کہ اگر غفلت ہوئی بھی تھی تو چونکہ عملیہ، عملیہ کرنے والے سرجن کے ضبط میں تھا، حاکمان دواخانہ سرجن کے فعل کے ذمہ دار نہیں ہیں اور نہ وہ اپنے عملہ کی غفلت کیلئے مورد الزام ہیں، خواہ یہ غفلت ثابت ہی کیوں نہ ہو جائے۔ مرافعی عدالت نے اس فیصلہ کو بحال رکھا۔ لارڈ جسٹس فیرویل

264

(Lord Justice Farewell) نے ایک تحریری فیصلہ میں یہ کہا ہے کہ یہ حجت پیش نہیں کیجا سکتی کہ نرس، یا متصرم مددگار سرجن، یا مقیم سرجن، یا ماہر عدم حسیّت میں سے کوئی ایک بھی صحیح معنوں میں مدعا علیہم کا حکم بردار ہے، یہ سب کے سب ارباب فن ہیں جن کو مدعا علیہم نے اس لئے ملازم رکھا ہوا ہے کہ وہ اپنی حیثیت از حیثیت عاملیت سے اور اپنے اختیار تمیزی کے موافق اپنے فن کی تعمیل کریں، لیکن اس تعمیل میں وہ کسی طرح مدعا علیہم کے زیر حکم یا اس کی ہدایات کی متابعت پر مجبور نہیں ہیں۔ مدعا علیہم پر صرف ایک ہی فرض عائد ہوتا ہے یعنی طبی عملہ کے انتخاب میں مناسب احتیاط اور ہشیاری سے کام لینا، البتہ ممرضات اور حاملوں کی حیثیت جداگانہ ہے جس حد تک کہ وہ مدعا علیہ کے احکام کی متابعت کرنے پر مجبور ہیں انہیں بجا طور پر حکم بردار کہا جا سکتا ہے لیکن جب، عملیہ کیلئے تھیٹر یا عملیتی کمرہ کا دروازہ ان پر بند ہو جاتا ہے، (میں اس عملیہ کے لفظ میں سرجن کا امتحان کرنا بھی شامل سمجھتا ہوں) اسی دم ان کا مدعا علیہ کے زیر حکم ہونا بھی ختم ہو جاتا ہے، اور جب تک کہ تمام عملیہ مکمل طور سے اختتام نہیں پا لیتا، وہ عملیہ کرنے والے سرجن کے وحید حکم کے ماتحت اور اس کے اقتدار میں ہوتے ہیں، اس وقت سرجن مختار مطلق ہوتا ہے، اور مدعا علیہم اس کے احکام میں مداخلت یا احکام کی مخالفت نہیں کر سکتے۔ مذکورہ بالا ایک بخوبی معلوم امر ہے، اور حقیقت میں عملیہ کی کامیابی کے لئے لابدی بھی ہے۔ اگر سرجن کے احکام اور ہدایات مجلس انتظامیہ کی مداخلت یا اقتدار کے تابع ہوں، تو کوئی سرجن بھی عملیات کی ذمہ داری اپنے سر نہ لیتا۔ پس وہ ممرضات اور مددگار جو عملیہ میں امداد کرتے ہیں، ایک خاص مدت تک مدعا علیہم کے حکم بردار نہیں رہتے کیونکہ اس عرصہ میں وہ اپنے احکام عملیہ کرنے والے سرجن سے حاصل کرتے ہیں نہ کہ منتظمان دواخانہ سے۔ منتظمین کا معاہدہ عملیہ کے دوران میں نگہداشت کرنا نہیں، بلکہ ممرضات اور دیگر اشخاص مہیا کرنا ہے جن کے انتخاب میں وہ مناسب احتیاط برتتے ہیں۔

برن (Byrne) بنام تھورن (Thorne) کے مقدمہ سے جس کی سماعت شاہی جلسہ (King's Bench) کے روبرو ۱۹۰۹ء میں ہوئی متذکرہ صدر اصولوں کی مثال ملتی ہے۔ یہ ایک دلچسپ مقدمہ ہے۔ مدعا علیہ نے مدعیہ پر ایک شکمی عملیہ انجام دیا

جو کہ کامیاب ثابت ہوا۔ لیکن بعد میں مریضہ نے مزید تکلیف محسوس کی اور ایک دوسرے ڈاکٹر سے مشورہ لیا۔ اس ڈاکٹر نے یہ صلاح دی کہ ایک دوسرا عملیہ کروانے کی ضرورت ہے۔ دوسرے عملیہ میں یہ معلوم ہوا کہ مریضہ ایک خراج میں مبتلا ہے، اور خراج کا سبب ایک توشکی اسفنج (mattress sponge) ہے جو کہ پہلے عملیہ کے بعد نکالا نہیں گیا۔ اب مریضہ سرعت سے صحتیاب ہوگئی، اور اس نے غفلت کے ہرجانہ کا استغاثہ دائر کر دیا۔ صفائی کی طرف سے دلیل یہ پیش کی گئی کہ اسفنج گننا عملیہ کرنے والے سرجن کے فرائض میں داخل نہیں تھا کیونکہ اس کی توجہ عملیہ اور مریض کی حالت پر مرکز ہونی چاہئیے تھی اور یہ گنتی کا نرس پر چھوڑ دینا ایک حق بجانب امر تھا۔ اس مثال میں دو بڑے توشکی اسفنج (mattress sponge) اور چوبیس پچارے مہیا کئے گئے تھے۔ مستغیث الیہ نے عملیہ کے بعد دو مرتبہ ممرضہ سے پوچھا تھا کہ اسفنج تعداد میں ٹھیک ہیں جس کا جواب تسلی بخش ملا تھا۔ جسٹس بروس (Justice Bruce) نے مندرجہ ذیل سوالات جیوری (Jury) کے فیصلہ پر چھوڑ دیئے۔ (۱) کیا مدعا علیہ اسفنج گننے یا ان کی گنتی کی نگرانی کرنے میں مناسب اور معقول احتیاط نہ کرنے کا قصوروار ہے۔ (۲) کیا مدعا علیہ نے ممرضہ سے عملیہ کے دوران میں مددگار کے طور پر کام لیا تھا۔ (۳) کیا ممرضہ نے اسفنج شمار کرنے میں غفلت کی تھی۔ (۴) کیا اسفنجوں کی گنتی عملیہ کا ایک اہم حصہ ہے، جس کے مناسب طور پر انجام دینے کا مدعا علیہ نے ذمہ اٹھایا تھا۔ (۵) کیا عملیہ کے دوران میں ممرضہ مدعا علیہ کے ضبط میں تھی۔ جیوری نے ان تمام سوالات کا جواب اثبات میں دیا اور مدعی کے حق میں فیصلہ دیا، اور اس کو ایک پیسہ ہرجانہ دلایا۔ جیوری نے جج (Judge) کی ہدایت کے مطابق دوبارہ غور و خوض کیا اور ہرجانہ بڑھا کر ۲۵ پونڈ کر دیا۔ جج نے فیصلہ قلمبند کرتے وقت لکھا کہ اسے اس امر سے مسرت ہوئی ہے کہ جیوری نے جو فیصلہ دیا ہے، اس سے مدعا علیہ کی سرجن کی حیثیت سے جو ہنرمندی ہے اس پر کوئی حرف نہیں آتا۔　265

اگر ممرضہ طبیب کے براہ راست زیر نگرانی کام نہ کر رہی ہو، تو عام طور سے اس پر کوئی ذمہ داری نہیں عائد ہوتی چنانچہ ۱۸۶۶ء میں مقدمہ پری نوسکی بنام فری مین اور ہومز

(Perinowsky v. Freeman and Holmes; 1886, 4 F. & F. 977)

میں سینٹ جارج ہسپتال سے دو مریضوں کو چند تصرفات کے لئے جوابدہ بنانے کی کوشش کی گئی جو کہ ایک مریض کے مسموط ہو جانے کا نتیجہ تھے جس کو ایک بے حد بلند درجہ تپش تک گرم حمام میں بٹھایا گیا تھا۔ یہ ثابت ہوا کہ غسل کا حکم مدعا علیہم نے ہی دیا تھا، لیکن غسل ممرضات نے دیا تھا۔ لارڈ کاکبرن (Cock-burn) نے جیوری کی رہنمائی کے لئے کہا کہ ممرضات کی غفلت کے لئے مدعا علیہم ذمہ دار نہیں ہیں الا اس صورت میں کہ وہ اتنے نزدیک ہوتے کہ اطلاع یابی پر غفلت کو روک سکتے۔ یہ صحیح ہے کہ جو اشخاص مریضوں کی حیثیت میں دواخانہ جاتے ہیں، ان سے غفلت آمیز سلوک نہ ہونا چاہئے لیکن ان شریف اطبا کو جو اپنی خدمات بلا معاوضہ پیش کرتے ہیں، اس غفلت کے عوض میں جس کے لئے وہ ذاتی طور پر ذمہ دار نہیں ہیں، مستوجب سزا نہ ٹھیرانا چاہئے۔ اگر ہمارے بڑے بڑے دواخانوں کے لئے جو خیرات اور بلا طلب چندوں پر قایم ہیں اطبا کا اتنا عملہ ملازم رکھنا ضروری ہوتا، کہ جو تمام ادنیٰ امور اور طبی و جراحتی عملیات کی تفاصیل پر توجہ کرنے کے لئے کافی ہوتا، تو یہ دواخانے کبھی نہ چلائے جا سکتے۔ پس یہ ایک ناگزیر امر ہے کہ ایسے معاملات کو لازماً ان ممرضات کے سپرد کر دیا جائے جو ان سے آشنا ہوں، اور عام طور سے دواخانہ کا معمولی دستور و طریقہ بھی یہی ہے۔ جیوری نے فیصلہ مدعا علیہ کے حق میں دیا۔

غیر رجسٹر شدہ پریکٹیشنروں کی بدمعاملگی۔ اس ملک میں غیر سند یافتہ پریکٹیشنروں کی ایک معتد بہ تعداد مداولت کرتی ہے۔ چونکہ میڈیکل پریکٹیشنر کو بسا اوقات ایسی اصابتوں سے سابقہ پڑتا ہے جن کا علاج ان غیر سند یافتہ پریکٹیشنروں نے غفلت یا غیر ہنرمندی سے کیا ہوتا ہے، لہٰذا مناسب ہے کہ بتایا جائے کہ قانون کی نظر میں بدمعاملگی کے لئے ان پر کس قدر ذمہ داری ہے۔

اگر کوئی غیر سند یافتہ شخص خود کو قانوناً رجسٹر شدہ ظاہر کرتا ہے، یا قانونی طور پر رجسٹر شدہ متصور ہونے کا موقعہ دیتا ہے، تو اس کی غفلت کے متعلق زیادہ سخت رائے قائم کی جائے گی۔ مرکزی فوجداری عدالت میں ایک غیر سند یافتہ پریکٹیشنر کو اس لئے قتل کا قصوروار ٹھیرایا گیا کہ اس نے ایک بھرے ہوئے مثانہ والے

مریض کو اتنی دیر تک بلا تسکین رہنے دیا، کہ بعد میں ایک سرجن کے عملیہ انجام دینے کے باوجود مریض بول کے وعا بد رہو سنے کے باعث مرگیا۔ اکثر کہا جاتا ہے کہ ناہنرمندانہ علاج کے عواقب سے عطائی تو بچ جاتے ہیں، اور باضابطہ طور سے سند یافتہ طبیب مجرمانہ طور سے جوابدہ ٹھہرائے جاتے ہیں۔ ایک حد تک یہ صحیح ہے اور اس کی وجہ وہی اصول ہے، جو کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔ قانون کس درجہ کی ہنرمندی کو معقول تصور کرتا ہے، یہ ہر مثال کے حالات کے لحاظ سے اختلاف پذیر امر ہے۔ صریح کمئی علم ایک عطائی کو بھی جواب دہ بنادیتی ہے، لیکن اگر ظاہر کردہ جہالت محدود نوعیت کی ہو تو ممکن ہے کہ یہ قرار دیا جائے کہ بہ نسبت اس شخص کے جس نے طبی تربیت حاصل کی ہو ایک ایسے شخص سے کہ جس نے یہ نہیں حاصل کی کمتر علم اور ہنرمندی کی توقع رکھنی چاہئے۔ بنابریں اسکی مجرمیت بھی اسی نسبت سے کم ہوگی۔

جب ایسے علاج کی بنا پر جو مریض کی موت پر منتج نہ ہوا ہو اور عطائی کسی شخص کے خلاف فوجداری کارروائی کیجاتی ہے، تو فیصلہ حاصل کرنے کے لئے [illegible] کہ ایک [illegible] دیوانی مقدمہ میں ثابت کرنا پڑتا ہے، اس سے کہیں [illegible] ثابت کرنا پڑتا ہے۔ چند نام نہاد ہندوستانی معالجانِ چشم پر جنہوں نے کئی لوگوں پر وحشیانہ عملیے انجام دیکر ان سے روپیہ وصول کیا تھا، ۱۸۹۲ء میں مرکزی فوجداری عدالت کے روبرو الزام عائد کیا گیا کہ انہوں نے مختلف اشخاص سے بہ نیت فریب جھوٹے بہانوں سے روپیہ حاصل کیا ہے۔ ماہرانہ شہادت سے ثابت ہوا کہ یہ عملیے بے سود، ظالمانہ، دقیانوسی اور وحشیانہ تھے اور یہ کہ خود عملیہ کرنے والے امراض چشم کی تشخیص کرنے کے سراسر نااہل تھے۔ جرم کے اثبات کے لئے صرف یہی ثابت کرنا ضروری نہ تھا کہ بہانہ جھوٹا تھا، بلکہ یہ بھی ثابت کرنا ضروری تھا کہ ملزمین جانتے تھے کہ ان کا بہانہ جھوٹا ہے۔ کامن سرجنٹ (Common Sergeant) نے شہادت کا خلاصہ کرتے ہوئے جیوری کو کہا کہ اگر آپ یہ خیال کرتے ہیں کہ ان آدمیوں نے یہ عملیات بالقصد اور اس کا پورا علم رکھتے ہوئے کئے کہ جو کچھ وہ کر رہے ہیں وہ بے فائدہ، غیر ضروری اور ظالمانہ ہے جیسا کہ ماہر سرجنوں نے آپ کو بتایا ہے، تو آپ یہ فیصلہ کرنے سے نہیں باز رہ سکتے کہ ان کی نیت فریب دینے ہی کی تھی، لیکن اگر آپ خیال کرتے

ہیں کہ یہ امر ثابت شدہ نہیں تو وہ رہا کر دیئے جانے کے حقدار ہیں۔ جیوری نے بے قصور کا فیصلہ دیا۔ اگر انہی حالات کے تحت کسی دیوانی عدالت میں استغاثہ کیا جاتا تو اس کے نتیجہ میں مدعا علیہم پر ایک بھاری تاوان عائد کیا جاتا۔

عملیہ اور رضامندی کسی ذمہ دار شخص پر اس کی رضامندی کے بغیر عملیہ نہیں کیا جا سکتا۔ اگر وہ کوئی بچہ ہو تو اس کے والدین یا ولی سے اجازت حاصل کرنی چاہیئے۔ اگر کوئی شخص منظوری دینے کی قابلیت نہ رکھتا ہو مثلاً اگر وہ دوا خانہ میں بحالت نوما (coma) لایا جائے تو سرجن ایسی تدابیر اختیار کرنے میں جو زندگی کے بچاؤ کے لئے ضروری معلوم ہوتی ہوں حق بجانب ہے، لیکن اس صورت میں بھی سب سے قریبی رشتہ دار سے اجازت حاصل کر لینی چاہیئے، بشرطیکہ تاخیر خطرناک نہ ہو۔ کسی عملیہ کا ذمہ اٹھانے سے قبل سرجن کو اس کی نوعیت اور بعد کے امکانی اثرات کی کامل طور سے تصریح کر دینی چاہیئے۔ اگر بعض شکمی عملیات میں یہ امر کہ کس حد تک مداخلت کی ضرورت پیش آ سکتی ہے، معلوم کرنا ممکن نہ ہو تو سرجن کو چاہیئے کہ وہ اس امر کی تحریری اجازت حاصل کرے کہ جو کچھ اسے مریض کے لئے سودمند معلوم ہوگا، اس کے کرنے کا اسے اختیار تمیزی حاصل ہوگا۔ ۱۸۹۷ء میں ایک سرجن کے خلاف استغاثہ دائر کیا گیا، جس سے اس امر کی بہت عمدہ مثال ملتی ہے کہ اگر طبیب ایسی پیش بندی اختیار نہ کرے تو کس قدر مصیبت کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ مستغیثہ جو کہ ایک ہاسپٹل کی ممرضہ تھی اور جس کو بیضی مرض پر دلالت کرنے والی علامات تھیں، ایک ادارہ (home) میں اس غرض سے داخل ہوئی، کہ مدعا علیہ سے جو کہ ایک مشہور سرجن تھا، عملیہ کروائے۔ ممرضہ کا بیان یہ ہے کہ اس نے سرجن کو اس امر کی ہدایت کر دی تھی کہ وہ ایک مبیض کو باقی رہنے دے خواہ یہ ماؤف ہی کیوں نہ ہو، لیکن سرجن نے دونوں مبیض نکال ڈالے جس کے سبب سے وہ عقیم ہو گئی۔ مدعا علیہ نے بیان کیا کہ فیصلہ اس کی قوت ممیزہ پر چھوڑ دیا گیا تھا اور اس نے دونوں مبیض ماؤف پائے تھے، زندگی کی اطالت کے لئے ان کا استیصال ضروری تھا بلکہ اس نے یہ رائے بھی ظاہر کی کہ مرض کے سبب سے مستغیثہ عملیہ سے پہلے بھی عقیم ہی تھی۔ فیصلہ مدعا علیہ

کے حق میں ہوا۔ یہ مقدمہ مرافعی عدالت کے روبرو لایا گیا اور جب فیصلہ وہاں بھی بحال رہا، تو مستغیثہ نے دارالامرا کے روبرو جانے کی کوشش کی، لیکن اُسے بصیغہ مفلسی (in forma pauperis) مقدمہ دائر کرنے کی اجازت نہ مل سکی۔

فرض رازداری

اطبا کو اپنے مریضوں کی طبیعی یا ذہنی حالت، اور نیک و بد اعمال کے متعلق فنی حیثیت میں جو راز حاصل ہوتے ہیں، ان کی امانت داری میں ان کی پوزیشن بڑی نازک اور مشکل ہو جاتی ہے۔ ایک قضیہ عمومی کے طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ کسی میڈیکل پریکٹیشنر (medical practitioner) نے مریض سے خواہ زبانی، یا اس کے جسم کے معائنہ کے ذریعہ جو راز حاصل کیا ہو، صرف مریض اس کو فاش کرنے کا حقدار ہے۔ یہ راز پریکٹشنر (practitiener) کو ایک خاص مقصد کے لئے تفویض کیا جاتا ہے، اس معنوی مفاہمت کے ساتھ کہ وہ اس طور سے حاصل کردہ علم کو خالصتہً مریض کے فائدہ کے لئے استعمال کریگا۔ لیکن بداہتہً کئی ایسی مثالیں بھی ہوتی ہیں جن میں پریکٹشنر کا یہ فرض ہوتا ہے کہ وہ ان معاملات سے جو اس نے معلوم کئے ہوں، دوسروں کو آگاہ کرے۔ مثلاً اگر کوئی مریض مالیخولیا میں مبتلا ہے تو طبی معالج بلاشبہ اس میں حق بجانب ہوگا کہ ذمہ دار رشتہ داروں کو خودکشی کے خطرہ سے آگاہ کرے، تاکہ مناسب پیش بندیاں اختیار کی جا سکیں بعض شدید علالت کی اصابتوں میں یہ زیادہ قرین مصلحت ہوتا ہے کہ رشتہ داروں کو صرف حالت کے خطرناک ہونے سے آگاہ کر دیا جائے۔ مثالوں کا ایک اور گروہ جن میں فنی معلومات کا ظاہر کرنا ضروری ہے مختلف اطلاعات ہیں، جو ساری امراض کے متعلق، پیدائشوں کے متعلق، اور اسباب اموات وغیرہ کے متعلق دی جاتی ہیں اور جن کا مقامی حاکم کو دینا میڈیکل پریکٹشنر پر ازروئے دستور اساسی واجب ہے۔ ان فرایض کا پورا کرنا ضروری ہے، خواہ اس کا اثر مریض یا اوروں کے لئے نہایت ہی مضر کیوں نہ ثابت ہو۔ پس اگر کوئی طبیب کسی اسکول میں

تپ قرمزی (scarlet fever) کی اصابت پائے تو وہ اس پر مجبور ہے کہ ضلع
کے میڈیکل آفیسر آف ہیلتھ (Medical Officer of Health) کو اطلاع دے خواہ
267
اس سے اسکول بند ہی کیوں نہ ہو جائے اور خواہ یہ کئی اشخاص کے لئے زحمت اور
نقصان عظیم کا موجب ہی کیوں نہ ہو۔ اس بناء پر کہ ایک ماں غیر شادی شدہ ہے،
ایک پیدائش کی اطلاع ہر گز نہیں روکی جا سکتی۔ موت کے صداقت نامہ میں
موت کا حقیقی سبب بیان کرنا ضروری ہے لیکن اس امر میں قانون کی سخت متابعت کا ہمیشہ
لحاظ نہیں کیا جاتا۔ افسوس کہ موجودہ انتظام کے باعث جس کے ماتحت صداقتنامہ
سب سے قریبی رشتہ دار کے ہاتھ میں دے دیا جاتا ہے، پریکٹیشنر ایسی
اصطلاحات استعمال کرتے ہیں کہ جن سے مرض کی حقیقی نوعیت کی کہ جس میں متوفی
کے چال چلن پر حرف آتا ہے پردہ پوشی ہو جاتی ہے۔ بنا بریں یہ باور کرنے کیلئے
دلائل موجود ہیں کہ رجسٹرار جنرل (Registrar General) کے پاس ان اموات
کے اعداد وشمار جو تسمم الکحل، مرض زہراوی اور اسقاط حمل سے واقع ہوتی ہیں،
سخت غلط ہیں۔ میڈیکل پریکٹیشنر جب ایسا کرتا ہے تو وہ اپنے فرائض سے
کوتاہی کرتا ہے خواہ اس کی نیت کتنی ہی نیک کیوں نہ ہو۔ سب سے آخر
میں یہ کہ قانونی عدالتوں میں طبیب پر جو بھی سوال کیا جائے، جج کے حکم پر
اسے اس کا جواب دینا ضروری ہے۔

وہ مثالیں کہ جنہیں حقیقی دقت پیش آتی ہے اور جن میں طبیب پر بعد کی پریشانی
سے بچنے کے لئے احتیاط واجب ہوتی ہے زیادہ تر وہی ہوتی ہیں کہ
جن کے اندر اخلاق کی بحث مضمر ہوتی ہے۔ مثلاً ایک مالکہ اپنے خاندانی طبیب
کو کہتی ہے کہ طبیب ایک خانگی خادمہ کا جس کو وہ حاملہ باور کرتی ہے معائنہ کرے۔
اس صورت میں نہ صرف معائنہ کے لئے لڑکی کی منظوری لینے کی ضرورت ہے،
بلکہ لڑکی پر اس کارروائی کا مقصد کھول کر بیان کر دینا چاہیئے، اور مالکہ کو معائنہ
کے نتائج سے باخبر کرنیکی لڑکی سے اجازت حاصل کرنی چاہیئے۔ اگر طبیب یہ روش اختیار نہ
کرے تو وہ خود کو قانونی استغاثہ کا مورد بناتا ہے۔

مراسلات منصبی۔ وقتاً فوقتاً ایسی مثالیں پیش آتی ہیں کہ جن میں قطع نظر

رضامندی کے طبیب کو یہ محسوس ہوتا ہے کہ اس پر دوسروں کو، ان کے بچاؤ کی خاطر، یہ معلومات سے باخبر کرنے کی ایک اخلاقی ذمہ داری عائد ہوتی ہے۔ طبیب ایسا بیان دینے سے جو دوسرے کے لئے اہانت آمیز ہو خود کو ازالہ حیثیت عرفی کے استغاثہ کا مورد بنا دیتا ہے، بجز اس صورت کے کہ یہ اطلاع منصبی ہو۔ اطلاع منصبی کی تعریف اس طرح کی جا سکتی ہے کہ یہ ایسی اطلاع ہے جو بادی النظر میں توہین آمیز اور قابل نالش ہو، لیکن بعض حالات کی وجہ سے جن سے عداوت کی موجودگی کا ابطال ہوتا ہو، یہ توہین آمیز اور قابل نالش نہ قرار دی جائے۔ ایک اطلاع اس صورت میں منصبی قرار دی جاتی ہے کہ کسی شخص کو کسی مفاد کا تحفظ کرنا، یا کوئی قانونی مجلسی فریضہ ادا کرنا ہوتا ہے، اور وہ اپنے مفاد کا تحفظ کرتے ہوئے یا اپنا فرض ادا کرتے ہوئے کسی دوسرے شخص سے (جس کا کوئی متناظر مفاد یا فریضہ ہو) مراسلت کرتا ہے۔ ممکن ہے اس مراسلت میں ایسا مواد موجود ہو جو معمولی حالت میں قابل نالش ہو، لیکن اگر یہ مراسلت اس کی صداقت کے نیک نیتانہ یقین کے ساتھ اور صریح مبالغہ کے بغیر اور دیانت داری اور انصاف کیساتھ کیجائے، تو مگر قابل نالش نہیں[1]۔ یہ معلوم کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے کہ آیا کوئی ایسا اخلاقی یا عمرانی فریضہ موجود ہے کہ جسکی بنا پر مراسلت کو منصبی قرار دیا جائے، اور اس صورت میں جج کو یہ فیصلہ کرنا ہوتا ہے کہ زیر بحث مثال پہ مذکورہ بالا اصول منطبق ہو سکتا ہے، یا نہیں۔ لیکن جب مراسلت منصبی معمولی حالات میں کی گئی ہو، تو اس صورت میں مدعی کو یہ ثابت کرنے کا اختیار ہوتا ہے کہ مدعا علیہ فی الواقعہ عداوت سے مثلاً غصہ سے اس پر آمادہ ہوا یا یہ ثابت کرنے کا کہ مدعا علیہ کو مراسلت کے جھوٹے ہونے کا علم تھا، یا بے پروائی سے اس نے اس کے جھوٹے یا سچے ہونے کا خیال ہی نہیں کیا۔

منصبیت کی بحث اس وقت پیدا ہوتی ہے جب طبیب کسی مریض کے آتشک کا علاج کرتا ہو، اور دوسروں مثلاً بیوی یا ممرضہ کو سرایت سے

[1] Indermaur, Principles of Common Law.

خطرہ سے متنبہ کرنا اپنا فرض تصور کرتا ہو۔ یہ پوزیشن نہایت ہی دشوار ہوتی ہے اور عدالت میں اس نوعیت کے مقدمات بہت ہی کم آتے ہیں، غالباً اس لئے کہ اشخاص متعلقہ عام طور سے موزوں اور معقول احتیاط کرنے پر رضامند ہوتے ہیں۔ مراسلت منصبی کے عمل کی مثال مندرجہ ذیل مقدمات سے حاصل ہوتی ہے۔

گائی بنام گرین (Leeds Assizes, 1903)۔ ایک طبیب کو کسی ہوٹل (hotel) کی ساقیہ (barmaid) کا معالجہ کرنے کے لئے بلایا گیا۔ منتظم (manager) نے درخواست کی کہ ساقیہ کو دیکھا جائے۔ طبیب نے ساقیہ (barmaid) کا معائنہ خانہ دار (house-keeper) کی موجودگی ہی میں کیا اور معائنہ کے بعد خانہ دار اور آقا کو لڑکی کے مرض زہراوی میں مبتلا ہونے کی اطلاع دی اور مشورہ دیا کہ لڑکی گھر چلی جائے۔ یہی بیان اس نے بعد ازاں اس آدمی کے روبرو کیا جو کہ اپنے آپ کو اس لڑکی کا خاوند ظاہر کرتا تھا گو کہ اس آدمی کا یہ اظہار بعد ازاں باطل ثابت ہوا۔ یہ بھی حجت پیش کی گئی کہ طبیب نے یہی اطلاع ایک اور ساقیہ (barmaid) کو بھی دی تھی لیکن مدعا علیہ نے اس سے انکار کیا۔ سماعت پر جج نے عذر منصبیت کی تائید کی جہاں تک کہ یہ خانہ دار (house keeper)، منیجر اور اس آدمی کو جو خود کو لڑکی کا خاوند ظاہر کرتا تھا، دی گئی اطلاعات پر اطلاق پذیر ہوتا تھا۔ لیکن دوسری ساقیہ کو اطلاع دینے کی شہادت کے متعلق فیصلہ جیوری پر چھوڑ دیا۔ جیوری نے فیصلہ مدعی کے حق میں صادر کیا اور اس کو ۵۰ پونڈ ہرجانہ دلوایا۔

سٹل بنام مارس (Still v. Morris; Q. B. D. 1900) — اس مقدمہ میں ایک طافی (fireman) نے جو میٹروپولیٹن فائر بریگیڈ (metropolitan fire brigade) کی ملازمت میں تھا، ایک ڈاکٹر کے خلاف غفلت اور ازالہ حیثیت عرفی کی بنا پر ہرجانہ کا دعویٰ کیا۔ مدعی نے بیان کیا کہ مدعا علیہ نے جبڑے کے بڑھے ہوئے غدود کا اور جسم کے طفح کا علاج کیا تھا، اور بے پروائی اور غفلت کے باعث یہ تشخیص کی تھی کہ مدعی آتشک میں مبتلا ہے، اور فائر بریگیڈ کے نام اس مطلب کا صداقت نامہ بھی دے دیا تھا۔ مدعی کو اس سبب سے ملازمت ترک کرنے پر مجبور کیا گیا۔ صفائی کی طرف سے بیان کیا گیا کہ مدعا علیہ لندن دیہاتی کونسل میں ڈسٹرکٹ

میڈیکل افسر آف ہیلتھ ہے، اس حیثیت سے ضلع کے فائر بریگیڈ کے ارکان کا علاج کرنا اور بعض رپورٹیں اور صداقت نامے مہیا کرنا اس کا فرض ہے، اس نے یہ تشخیص کی تھی کہ مدعی آتشک میں مبتلا ہے اور اسی کا صداقت نامہ دیا تھا یہ صداقت نامہ مراسلت منصبی تھی۔ مزید براں یہ بیان کیا گیا کہ شرائط ملازمت میں سے چوتھا فقرہ اس طرح درج تھا کہ ہر اطفائی (fireman) کے لئے یہ ممکن ہے کہ غفلت، نا اہلیت، یا بد چلنی کی وجہ سے فوراً برطرف کر دیا جائے۔ جج نے یہ قرار دیا کہ یہ مراسلت منصبی ہی تھی، لہٰذا مقدمہ خارج کر دیا اور خرچہ مدعا علیہ کے سر ڈالا۔

فنی رازداری فوجداری معاملات کے سلسلہ میں بعض اوقات طبیب فنی کارگذاری کے دوران میں مریض کا معائنہ کرتا ہے تو وہ مجرمانہ تشدد کی علامات کو پہچان کر یا اپنے روبرو اقرار جرم ہونے کے باعث، معلوم کر لیتا ہے کہ جرم کا ارتکاب ہوا ہے۔ باوجودیکہ جرم کے انسداد اور سراغ رسانی میں معقول امداد دینا ہر نیک شہری کا فرض ہے، پھر بھی پریکٹیشنر (practitioner) کو یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہئیے کہ بستر مرض کے قرب میں حاصل کردہ معلومات راز ہوتے ہیں، لہٰذا ان کو دوسروں پر ظاہر کرنے میں طبیب کو صرف قوی دلایل ہی حق بجانب قرار دے سکتے ہیں۔ سراغ رساں کا کام انجام دینا اور جرم سے دوچار ہونے پر پولیس کو اطلاع دینا طبیب کے فرایض میں داخل نہیں ہے۔ تاہم ساتھ ہی ساتھ اسے معقول اختیار تمیزی سے کام لینا چاہئیے، ممکن ہے کہ وہ کسی سنگین واقعہ میں اپنے ذاتی فرض پہ سرکاری ذمہ داری کو مقدم رکھنے میں حق بجانب ہو۔ مثال کے طور پر اگر قتل عمد یا شدید زد و کوب کا ارتکاب کیا گیا ہے، اور کوئی شخص بغرض علاج طبیب کے پاس آتا ہے جس کا حلیہ حملہ آور کے شایع کردہ حلیہ سے متناظر ہے، تو اس صورت میں طبیب پر واجب ہے کہ پولیس کو واقعہ سے آگاہ کرے۔ بخلاف اس کے کسی مجرمانہ اسقاط حمل کی اصابت میں، اسوقت جبکہ کوئی عورت روبہ صحت ہو، طبیب کو ایسی تدابیر اختیار کرنے کی کچھ ضرورت نہیں جو عورت کے سرکاری عدالت میں حاضر ہونے کا باعث ہوں یا جو شائد اس کی عزت کو شدید نقصان پہنچائیں۔

اس سلسلہ میں کٹسن بنام پلے فیر (Kitson v. Playfair) کے مقدمہ میں،

مسٹر جسٹس ہاکنز (Mr. Justice Hawkins) نے اہم رائے ظاہر کی ہے۔ اس نے اطبا کے افشائے جرم کرنے کا ذکر کرتے ہوئے فرمایا "طبی گواہوں نے یہ بھی کہا ہے کہ اگر وہ فنی کارگزاری کی اثناء میں کسی ایسے واقعہ سے دوچار ہوں جو بتائے کہ جرم کا ارتکاب ہو چکا ہے یا ہونے والا ہے تو ان حالات میں وہ جرم کو فاش کرنے پر مجبور ہیں۔ کس پر؟ کیا سرکاری وکیل (public prosecutor) پر؟ اگر ایک غریب مصیبت زدہ عورت نے اپنے حمل سے مخلصی حاصل کرنے اور اپنی عزت اور شائد ذرائع روزی کو بچانے کی غرض سے ارتکاب جرم کیا ہے، اور طبیب کو بلایا ہے کہ وہ اس کی امداد کرے اسقاط حمل کرانے میں نہیں، کیونکہ یہ تو بجائے خود ایک جرم ہے بلکہ اس لئے بلایا ہے کہ وہ اسے یہ طبی مشورہ دے کہ وہ کیونکر شفایاب ہو سکتی ہے کہ اپنے کام وکاج میں مشغول ہو، تو مجھے یقین ہے کہ طبیب باہر آکر سرکاری وکیل (public prosecutor) کو یہ کہنے میں حق بجانب نہیں ہے کہ "میں نے ایک غریب عورت کا معالجہ کیا ہے، اب وہ خاصی بھلی چنگی ہے اور اس کی حالت بتدریج بہتر ہوتی جا رہی ہے، چند ہی دن کے عرصہ میں وہ باہر نکل آئے گی اور میرا خیال ہے کہ میں آپ کو اس کے پیچھے لگا دوں"۔ میرے خیال میں یہ پرلے درجہ کا ظلم ہوگا۔ میں نہیں جانتا کہ اس کے متعلق جیوری کی کیا رائے ہو گی میں نے صرف اپنی رائے کا ذکر کر دیا ہے۔

269

کہا جاتا ہے کہ پیشہ طبابت میں یہ ایک عمومی اصول ہے کہ جب کبھی طبی معالجہ کی اثنا میں طبیب دیکھتا ہے کہ کسی جرم کا ارتکاب ہوا ہے یا ہونے والا ہے، تو وہ ہر صورت میں ایکدم سے سرکاری وکیل (public prosecutor) کے پاس بھاگا ہوا جاتا ہے۔ میں یہ کہنے پر مجبور ہوں کہ یہ ایسا اصول نہیں کہ جسے میں بنظر پسندیدگی دیکھوں۔ ممکن ہے ایسی صورتیں بھی ہوں جب کہ طبیب پر لب کشائی کرنا بداہتہً فرض ہو جائے مثلاً قتل عمد کی صورت میں ایک آدمی ایسا زخم لیکر آتا ہے جس کے متعلق یہ خیال کیا جا سکتا ہے کہ مہلک کش مکش کی اثنا میں لگا ہوگا۔ اب یہ ایک نہایت زبوں امر ہوگا کہ طبیب اس آدمی کی پردہ پوشی کرے اور ایسے زخم کو چھپانے کی کوشش کرے جو اس کا ایک مہیب جرم سے تعلق قائم کرنیکا ذریعہ ثابت ہو۔ مجرمانہ اسقاط حمل کے واقعہ میں اگر تشویش ناک علامات موجود نہ ہوں تو

صحیح طریقِ عمل جو طبیب کو اختیار کرنا چاہیئے' وہی ہے جو کہ متذکرہ صدر بیان سے مترشح ہوتا ہے۔ البتہ اگر عورت تشویش ناک طور پر علیل ہو تو پریکٹشنر پر مجسٹریٹ یا پولیس کو اطلاع دینا واجب ہے' تاکہ اس کا بیان لیا جا سکے۔ اگر موت قریب الوقوع ہو' تو طبیب کو چاہیئے کہ وہ اسی طریقہ سے جو کہ سابق میں بیان کیا جا چکا ہے' اظہار وقتِ نزع خود لے۔ ہر اس مثال میں کہ جس میں اسقاطِ حمل مجرمانہ طور سے کروائے جانے کا علم یا شبہ ہو لازم ہے کہ طبیب کسی پریکٹشنر بھائی کو بلا لے' یا کم از کم کسی باعزت شخص کو حالات سے آگاہ ہی کر دے۔

طبیب اور ناواجب "اثر"۔ طبیب کو بوجہ اس باہمی اعتماد کے جو طبیب اور مریض کے درمیان ہوتا ہے' مریض کے دل پر اثر ڈالنے کا ایک استثنائی موقعہ حاصل ہوتا ہے۔ لہٰذا جب یہ بیان کئے جانے کا امکان ہو کہ طبیب نے اپنا مطلب نکالنے لئے مریض کے دل پر ایک خاص جہت میں اثر ڈالا تھا' تو طبیب کیلئے مناسب ہے کہ وہ محتاط ہو جائے۔ متذکرہ صدر بیان کا ان عطیات پر جو مریض نے اثنائے حیات میں طبیب کو دئیے ہوں اور ان ہبہ جات پر جو وصیت کی رو سے چھوڑ دئیے جائیں' خصوصیت کے ساتھ اطلاق ہوتا ہے۔ قانون کا یہ ایک مسلمہ اصول ہے کہ جب دو اشخاص کے درمیان اس نوعیت کے تعلقاتِ اعتماد موجود ہوں کہ ایک کو دوسرے کے دل پر مستقل طور پر اقتدار حاصل ہو جانے کا امکان ہو' اور کوئی بے غرضانہ مشورہ دینے والا نہ ہو تو ایک کا دوسرے کو عطیہ دینا محض اس امر کی بنا پر ناواجب اثر فرض کر لیا جائے گا کہ ان فریقین کے درمیان تعلقات ہیں۔ اس امر کا بارِ ثبوت کہ واقعہ در اصل اس طرح نہیں ہے' عطیہ لینے والے شخص پر ہوگا۔ مندرجہ ذیل مثال سے ظاہر ہوگا کہ اس قانون پر کس سختی سے عملدرآمد کیا جاتا ہے۔

ریڈکلف بنام پرائس (Redcliffe v. Price Chan Div.1902)-

مدعی ایک خاتون کی وصیت کے جو سنہ ۱۹۰۱ء میں مری تھی تعمیل کنندہ تھے۔ انھوں نے اس خاتون کے طبی معالج سے ان عطیات کو جو معالج کو مختلف اوقات پر دئیے گئے تھے' اور جو ... پونڈ تک کی

رقم کے تھے، واپس لینا چاہا۔ مدعا علیہ گیارہ سال تک متوفیہ کا معالج رہا تھا، اس پر فریب یا نازیبا روش کا کوئی الزام نہیں لگایا گیا لیکن یہ ادعا کیا گیا کہ اگر فریقین کے درمیان تعلقات کا موجود ہونا اور عطا کنندہ کو کسی کا بے غرضانہ مشورہ حاصل نہ ہونا مدنظر رکھا جائے، تو اثر ایک فرض شدہ امر ہے اور اس وجہ سے عطیات ناجائز ہیں۔ ثابت یہ ہوا کہ عطا کردہ رقم کل جائداد کی، جو کہ ۹۰ ہزار پونڈ کی رقم تک بیان کی گئی، ایک کسر قلیل ہے، اور یہ کہ متوفیہ نے اپنے خاوند کے گزارے کا بندوبست کر دیا تھا، اور قرابتداروں عجائب گھر، باغ عامہ اور مختلف خیراتی کاموں کے لئے ہبہ جات چھوڑے تھے۔ اس کے باوجود مدعا علیہ سے روپیہ کی واپسی اور خرچۂ نالش کی ادائیگی کا مطالبہ کیا جاتا تھا۔ مسٹر جسٹس سونفن ایڈی (Mr. Justice Swinfen Eady) نے فیصلہ صادر کرتے ہوئے کہا کہ یہ ایک طے شدہ امر ہے کہ مریضوں اور طبیبوں کا رشتہ اعتماد کا ہوتا ہے، اور جہاں ایسا رشتہ ہو جو کہ اس واقعہ میں موجود ہے، وہاں عطا کنندہ کے عطیہ کی تائید نہیں کی جا سکتی تاوقتیکہ اس نے اس سے قبل کسی بے غرض، اور قابل شخص کا مشورہ حاصل نہ کر لیا ہو۔

اس قانونی نقطہ کے پیش نظر طبیب کو یہ اپنا اصول بنا لینا چاہیئے کہ تاوقتیکہ اس کو یہ اطمینان نہ ہو جائیگا کہ خاندان کا کوئی ذمہ دار رکن تمام حالات سے مطلع کر دیا گیا ہے، وہ کبھی کسی مریض سے کوئی عطیہ قبول نہ کرے گا۔ مزید براں جب اس کو یہ خبر لگ جائے کہ وصیت نامہ میں اس کے لئے کوئی ہبہ چھوڑا گیا ہے تو وہ اس کا اہتمام کرے کہ یہ واقعہ ان اشخاص کے علم میں لایا جائے کہ جن کو موصی کی جائداد ٹھکانے لگانے میں سب سے زیادہ دلچسپی ہے۔ ایک طبیب کا کسی شخص کے وصیت کرنے میں مدد دینا ہرگز قابل اعتراض نہیں بشرطیکہ متذکرہ صدر اصول مدنظر رکھے جائیں، لیکن یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ اگر طبیب موصی کے دستخطوں پر شہادت ڈالنے کا کام انجام دے، تو وصیت نامہ کا ہبہ بے اثر ہو جاتا ہے۔

پیدائشوں کی اطلاع دہی۔ قانون ۱۹۰۷ء اطلاع دہی پیدائشہا کی

270 مندرجہ ذیل نصوص میڈیکل پریکٹشنروں کے لئے اہمیت رکھتی ہیں۔

(۱) اگر اُس رقبہ میں جہاں یہ قانون نافذ ہے، کوئی بچہ تولد ہو، تو باپ کا، بشرطیکہ وہ بوقت وقوع پیدائش اس گھر میں جہاں یہ پیدائش واقع ہو، سکونت پذیر ہو۔ اور ہر اس شخص کا، جو ولادت کے موقعہ پر یا ولادت سے چھ گھنٹہ کے اندر اندر ماں کا معالجہ کرے، فرض ہے کہ اس طریقہ پر جو کہ اس دفعہ میں مذکور ہے، اس ضلع کے میڈیکل آفسر آف ہیلتھ (Medical Officer of Health) کو کہ جہاں بچہ تولد ہوا ہے، پیدائش کی تحریری اطلاع پہنچائے۔

(۲) اس دفعہ کے تحت اطلاع اس طرح دینی چاہئیے کہ پیدائش کے بعد ۳۶ گھنٹہ کے اندر اندر میڈیکل آفسر آف ہیلتھ کے نام اس کے دفتر میں یا جائے سکونت پر ایک محصول ادا کردہ لفافہ یا کارڈ بذریعہ ڈاک ارسال کر کے مطلوبہ اطلاع بھیج دینی چاہئیے، یا اس مدت کے اندر اندر میڈیکل آفیسر کے دفتر میں یا جائے سکونت پر تحریری اطلاع پیدائش پیش کر دینی چاہیئے۔ مقامی حاکم، ہر اس طبیب یا دایہ کو جو اس کے رقبہ میں مداولت کرتی ہے، درخواست کرنے پر ایسے پوسٹ کارڈ مہیا کر دے گا، جن پر پتہ درج ہو گا، اور ٹکٹ لگا ہوا ہو گا، اور جن پر اطلاع کا نقشہ درج ہو گا۔

(۳) جو کوئی اس دفعہ کی رو سے پیدائش کی اطلاع نہ دے گا، وہ سرسری اثبات جرم کے بعد جرمانہ کی سزا کا مستوجب ہو گا، جو کہ ۲۰ شلنگ سے متجاوز نہ ہو گا۔ لیکن اس شرط کے ساتھ کہ اگر کوئی شخص عدالت کو اس امر کا اطمینان دلا دے کہ اس کے پاس معقول دلائل موجود تھے کہ کوئی اور شخص باضابطہ طور سے اطلاع دے چکا ہے، تو پہلا شخص اس دفعہ کے تحت مستوجب سزا نہ ہو گا۔

(۵) اس دفعہ کا اطلاق ہر اس بچہ پر ہو گا، جو ۲۸ ہفتہ گزر جانے کے بعد ماں کے پیٹ سے برآمد ہو خواہ زندہ ہو یا مردہ ہو۔

تجربہ سے یہ امر ظاہر ہو گیا ہے کہ طبیب کا ہمیشہ اسی امر پہ بھروسہ کر لینا کہ کسی اور نے اطلاع دے دی ہو گی خالی از خطر نہیں ہے۔ طلبنامہ کے خطرہ سے بچنے کے لئے

اسے یہ قاعدہ مقرر کر لینا چاہئیے کہ اطلاع خود بھیج دے۔ اُس صورت میں جبکہ یہ معلوم کرنا مشکل ہو کہ حمل کا اٹھائیسواں ہفتہ پورا ہوا ہے یا نہیں، ایک غیر ضروری اطلاع دینے کی جہت میں غلطی کرنا اُس سے بہتر ہے کہ اطلاع نہ دی جائے۔ اِس امر کا لحاظ رکھنا چاہئیے کہ مقامی حاکم کو صرف ٹکٹ لگے ہوئے پوسٹ کارڈ مہیا کرنے کا اختیار حاصل ہے۔ اگر جیسا کہ ولادتِ مردہ یا ولادتِ ناجائز کی صورت میں ہوتا ہے غیر ضروری تشہیر سے بچنا منظور ہو تو خط کے محصولِ ڈاک کا خرچ کسی اور ماخذ سے حاصل کرنا چاہئیے۔ یہ قانون اطلاع دہی پیدائش اب تمام رقبہ جات میں نافذ العمل ہے۔

اطلاع دہی امراض اِس فصل میں صرف ان فرائض پر غور و خوض کیا گیا ہے جو میڈیکل پریکٹشنر پر ایک پریکٹشنر کی حیثیت سے عائد ہوتے ہیں۔ مدرسوں کے میڈیکل آفیسروں اور ادارات کے میڈیکل آفیسروں پر کیا کیا مخصوص فرائض عائد ہوتے ہیں، اس کے لئے صحت عامہ کی کتب مطالعہ کرنی چاہئیں۔ قانون (اطلاع دہی) امراض ساری ۱۸۸۹ء کی رو سے جونہی کسی ایسے طبیب کو جو کسی مریض کا معالج ہو یا اس کے دیکھنے کے لئے بلایا جائے، یہ خبر ہو کہ مریض کسی ایسے ساری مرض میں مبتلا ہے جس پر اس قانون کا اطلاق ہوتا ہے، طبیب کا فرض ہے کہ ضلع کے میڈیکل آفیسر آف ہیلتھ (Medical Officer of Health) کے نام فی الفور ایک صداقت نامہ ارسال کر دے۔ اس پر مریض کا نام، موقعۂ مکان اور وہ ساری مرض کہ جس میں میڈیکل پریکٹشنر مریض کو مبتلا سمجھتا ہے، درج ہو۔

271

اس قانون میں ذیل کے امراض مجدول کئے گئے ہیں: چیچک، ہیضہ، خناق وبائی (diphtheria)، کروپ (croup)، سرخباوہ (erysipelas)، قرمزہ (scarlatina) یعنی تپ قرمزی، ٹائیفس (typhus)، ٹائیفائیڈ (typhoid)، انٹرک (enteric)، تپ ناکسہ (relapsing fever)، تپ مستمرہ (continuous f.)، تپ نفاسی (puerperal f.)۔ مقامی صحتانی حاکم کو وزارت حفظان صحت کی منظوری سے دیگر ساری امراض مثلاً خسرہ (measles)، جدیری

(chicken pox) وغیرہ کے اضافہ کرنے کا اختیار ہے۔ وزارت حفظان صحت کے نافذ کردہ احکام کے بموجب اب تدرن، رمدِ نوزائیدہ (opthalmia neonatorum) اور سباتی التہابِ دماغ (encephalitis lethargica) کی تمام اصابتیں واجب الاطلاع ہیں۔ مقامی حاکم جب کسی مرض کے واجب الاطلاع ہونے کا اعلان کرے تو اس پر واجب ہے کہ ہر اعلان کی خبر اس پریکٹشنر کو، جو ان کے حلقہ کے اندر پریکٹس کر رہا ہو، بھیجے۔ اگر کوئی اصابت اطلاع دہندہ پریکٹشنر کی مداولت کے دوران ہی میں پیش آئے تو وہ ۲ شلنگ ۶ پنس فیس کا حقدار ہے؛ اور اگر کسی سرکاری مجلس یا ادارہ کے میڈیکل آفیسر کی حیثیت سے مداولت کرتے ہوئے پیش آئے، تو وہ ایک شلنگ فیس کا حقدار ہے۔ اطلاع نہ دینا ۴۰ شلنگ جرمانہ کا مستوجب بنتا ہے۔

میڈیکل پریکٹشنر کو یاد رکھنا چاہیئے کہ ساری مرض کی اطلاع دہی کا فرض اس پر اس صورت میں عائد ہو جاتا ہے کہ جب اس کو مریض کے دیکھنے کے لئے بلایا جائے خواہ وہ اس مریض کا رسمی طبی معالج نہ بھی ہو، اور خواہ وہ مریض کے علاج کا ذمہ نہ بھی اٹھائے۔ ایک حالیہ مثال میں کسی طبیب کو ایک خادمہ کے دیکھنے کے لئے خادمہ کے آقا کے مکان پر بلایا گیا۔ طبیب نے خادمہ کو تپ قرمزی میں مبتلا پایا، اور یہ فیصلہ دے دیا کہ اس کو اسی دم گھر روانہ کر دیا جائے۔ جب طبیب کو اطلاع نہ دینے کی بنا پر بذریعہ حکمنامہ طلب کیا گیا تو اس نے یہ تصریح کی کہ میں نے لڑکی کو اپنی مریضہ تصور نہیں کیا تھا، اور خیال کر لیا تھا کہ اس کا اپنا طبی معالج اطلاع دیدیگا۔ تاہم اس تصریح سے وہ جرمانہ کئے جانے اور ادائیگی خرچہ کی ذمہ داری سے نہ بچ سکا۔

فیکٹریوں اور کارخانہ جات کے قانون ۱۹۰۱ء کے رو سے یہ ہے کہ اگر کوئی میڈیکل پریکٹشنر کسی مریض کا معالج ہو یا مریض کو دیکھنے کے لئے اسے بلایا گیا ہو، اور وہ اسے سیسہ، فاسفورس، سنکھیا یا پارہ کے تسمم یا جمرہ میں مبتلا باور کرے جو کسی فیکٹری یا کارخانہ سے حاصل کردہ ہو، تو پریکٹشنر کا فرض ہے کہ

صدر ناظر فیکٹریان (Chief Inspector of Factories) محکمہ داخلہ لندن کو ایک اطلاع بھیجے (بشرطیکہ مطلوبہ اطلاع اس ذیلی دفعہ کے ماتحت پہلے نہ بھیجی جا چکی ہو)۔ اس میں مریض کا نام، اور پورا ڈاک کا پتہ، اور وہ مرض جس میں مریض مبتلا ہو، درج ہو۔ مذکورۂ بالا دفعہ کی رو سے ہر اطلاع کے عوض میں وہ ۲ شلنگ ۶ پنس فیس کا حقدار ہوگا۔ یہ فیس ان اخراجات کے جو اس قانون کے عملدرآمد میں سکرٹری آف اسٹیٹ کے سر پڑتے ہیں ایک جزو کے طور پر ادا کیجاتی ہے محکمہ داخلہ کے حکم خاص کے ذریعہ اس فہرست میں اور امراض کا بھی اضافہ کیا جا سکتا ہے۔ مطلوبہ اطلاع نہ دینے پر پریکٹیشنر مستوجب جرمانہ ہوتا ہے جو کہ ۴۰ شلنگ سے متجاوز نہیں ہوتا۔

موت کی تصدیق (certification of death) ۔ پیدائشوں اور اموات کے اندراج کے قانون ۱۸۷۴ء کی بیسویں دفعہ کا اقتضا یہ ہے کہ اگر کوئی رجسٹرڈ میڈیکل پریکٹیشنر کسی شخص کی آخری علالت میں اس کی موت کے وقت معالج ہو، تو اس کو چاہئے کہ ایک ایسے شخص کو جو اس قانون کی رو سے مقرر ہو، دستخط کر کے ایک صداقت نامہ دے جس میں اس کے انتہائی علم و یقین کے مطابق سبب الموت درج ہو۔ اس قانون کی رو سے مندرجہ ذیل اشخاص موت کے متعلق اطلاع دینے کے پابند ہیں: سب سے قریبی رشتہ دار جو بوقت موت موجود ہوں، یا آخری علالت میں پاس ہوں۔ ایسے رشتہ داروں کی عدم موجودگی میں، ہر وہ شخص جو موت کے وقت موجود ہو۔ اطلاع دینے والے شخص کو چاہیے کہ یہ صداقت نامہ موت پیدائشوں اور اموات کے مقامی رجسٹرار کو بھیج دے۔ اگر کوئی میڈیکل پریکٹیشنر موت کا صداقت نامہ دینے سے بلا عذر معقول انکار کرتا ہے یا نہیں دیتا تو وہ ۴۰ شلنگ جرمانہ کا مستوجب ہوتا ہے۔ چونکہ مثنّی کو ناجائز اغراض کے لئے استعمال کیا جا سکتا ہے، لہٰذا ایک سے زیادہ صداقت نامہ نہ دینا چاہئے۔ صداقت نامہ دینے سے قبل طبیب کا لاش کو دیکھنا قانونی طور پر لازمی نہیں، لیکن یہ بہت مناسب ہوگا کہ وہ ہمیشہ لاش کو دیکھ لیا کرے۔ اس بنا پر کہ پریکٹیشنر کی فیس ادا نہیں ہوئی صداقت نامہ کو نہیں روکا جا سکتا، اور نہ صداقت نامہ

دینے کے عوض میں کسی فیس کا مطالبہ کیا جا سکتا ہے۔

272　یہ احتیاط کرنی چاہیئے کہ صداقت نامہ میں جو معلومات درج ہوں وہ حتی الامکان ٹھیک ٹھیک اور مکمل ہوں، ورنہ مزید خط و کتابت اور استفسار کی ضرورت پیش آئے گی۔ صداقت نامہ کی جانچ کرنے والا پہلا حاکم مقامی رجسٹرار (Registrar) ہوتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے صداقت نامہ بادی النظر ہی میں غیر تسلی بخش معلوم ہوتا ہو، تو رجسٹرار اُسے ضلع کے کارونر کے ہاں بھیج دیتا ہے، (یا یہ کہ اُسے بھیج دینا چاہیئے)۔ کارونر استفسار کرنے کے بعد فیصلہ کرتا ہے کہ آیا تفتیش کی ضرورت ہے یا نہیں۔ بعدازاں جب یہ صداقت نامہ رجسٹرار جنرل (Registrar General) کے پاس پہنچتا ہے اور اگر واضح اور مبہم الفاظ استعمال کئے گئے ہوں، تو ممکن ہے کہ طبیب سے خط و کتابت کی جائے اور اُسے مزید معلومات بہم پہنچانے کے لئے کہا جائے۔

صداقت نامہ دینے سے انکار۔ کارونر کو اطلاع دینا۔ قانون کی ٹھیک ٹھیک تعبیر کے مطابق، ایک پریکٹشنر تشدد سے واقع شدہ موت کی صورت میں بھی صداقت نامہ دینے میں حق بجانب ہے، بشرطیکہ وہ متوفی کی آخری علالت میں اس کا معالج رہا ہو اور موت کا سبب جانتا ہو، اور طبیب پر کارونر کو حالات کی اطلاع دینے کی آئینی ذمہ داری عائد نہیں ہوتی۔ لیکن اگر یہ طرز عمل اختیار کیا جائے تو کارونر کو یہ اطلاع رجسٹرار کی معرفت ایک عرصہ کے بعد ہی مل سکیگی، اور ممکن ہے کہ سبب موت کے متعلق مناسب تفتیش کرنے میں تشویش ناک تاخیر واقع ہو جائے۔ پس میڈیکل پریکٹشنر کا یہ دستور ہوتا ہے کہ جوں ہی اس کو اپنے مریضوں میں سے ایک کی یا کسی ایسے شخص کی جس کے ہاں وہ موت کے بعد بلایا گیا ہو، غیر فطری اسباب سے واقع شدہ موت کی خبر ملتی ہے، تو وہ تصدیق کرنے سے انکار کر دیتا ہے، اور براہ راست خود کارونر کو خبر کر دیتا ہے۔ اس سے تاخیر نہیں ہونے پاتی، لہذا مثالوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں مذکورہ طریق کار ملحوظ رکھنا نہایت مناسب ہے۔

ان خاص حالات پر جن کے ماتحت صداقت نامہ دینے سے انکار

کیا جاسکتا ہے، غور و خوض کرنے کی ضرورت ہے۔ قانون کارونران ۱۸۸۷ء کی دفعہ ۳ (۱) کا یہ اقتضا ہے کہ جب کسی کارونر کو یہ معلوم ہو کہ اس کے حد اختیار کے اندر کسی شخص کی لاش پڑی ہوئی ہے، اور اس کے پاس یہ گمان کرنے کی معقول وجہ ہو کہ وہ شخص متشددانہ موت سے یا غیر فطرتی موت سے، یا ایسی ناگہانی موت سے مرا ہے جس کا سبب نامعلوم ہے، یا یہ کہ قید خانہ میں مر گیا ہے یا ایسے مقام پر یا ایسے حالات میں مرا ہے کہ جو کسی خاص قانون کی رو سے تفتیش طلب ہیں، تو کارونر کا فرض ہے کہ خواہ موت کا سبب اس کے حد اختیار میں ظاہر ہو یا نہ ہو، کم از کم ۱۲ اور زیادہ سے زیادہ ۲۳ نیک اور پابند قانون اشخاص کی طلبی کے لئے جس قدر جلد ممکن ہو طلب نامہ جاری کرے کہ وہ ایک مقررہ وقت اور مقررہ مقام پر اس کے روبرو حاضر ہو کر شخص مذکورہ کی موت کے متعلق جیورر (juror) کی حیثیت سے تحقیقات کریں۔

متشددانہ یا غیر فطرتی موت کی کوئی قانونی تعریف موجود نہیں۔ دراصل یہ آسان امر نہیں ہے کہ موت کی سائنٹیفک (scientific) تعریف "پیری سے واقعہ شدہ موت" کے سوا جو کہ ایک شاذ وقوعہ ہے، کچھ اور کی جائے۔ وہ اموات جو کہ مسلمہ معنوں میں متشددانہ ہوتی ہیں خواہ اتفاقیہ ہوں یا قاتلانہ یا خودکشانہ ان کے متعلق کوئی شک نہیں ہوتا۔ تاہم ممکن ہے کہ ایسی اموات کے سلسلہ میں جو تضرر کے بعد ثانوی اسباب مثلاً کزاز، عفونت الدم، یا تسمم الدم کی دیگر اشکال سے واقع ہوں، وقت پیش آئے۔ اگر تضرر کی سرگزشت موجود ہو تو اطلاع دینی ضروری ہے۔ دیگر مثالوں میں پریکٹیشنر کو مقامی کارونر (Coroner) کی رائے کے مطابق عمل کرنا چاہیئے۔ یہ بتلایا جاچکا ہے کہ کارونر کا دستور العمل معتدبہ حد تک اختلاف پذیر ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 3)۔ بعض کارونر کزاز سے واقع شدہ تمام اموات میں تفتیش کرنا ضروری خیال کرتے ہیں۔ لیکن بعض کارونر تضرر کی سرگذشت کی عدم موجودگی میں اسکو ضروری خیال نہیں کرتے۔ بعض کارونر ایسے ہوتے ہیں کہ خواہ تضرر بصاف طور سے عفونتی سرایت ہی پر منتج ہوا ہو، اگر ان کو ابتدائی تحقیقات ہی سے یہ اطمینان ہو جائے کہ جرم یا غفلت کا کوئی شبہ نہیں، تو

وہ تفتیش نہیں کرتے۔ صحیح پابندیٔ اصول کا تقاضا یہ ہے کہ ہر وہ موت غیر فطرتی تصور کی جائے جو جلد کے انقطاعِ تسلسل میں سے جرثومی حملہ کا نتیجہ ہو۔ مذکورہ بالا عدم تیقن معدمات حس کے زیر اثر واقع ہونے والی اموات میں بھی موجود ہوتا ہے، بعض کارونر اس رائے کو صحیح سمجھتے ہیں کہ ان پر اس قسم کی تمام وارداتوں کی تفتیش کرنا واجب ہے، اور بعض کارونر صرف غفلت کے الزام کی صورت میں واجب سمجھتے ہیں۔ بعض اوقات ان اموات میں جو معدمات حس کے زیر اثر 273 ہونے کی حالت میں واقع ہوں اور ان اموات میں جو معدمات حس کی وجہ سے واقع ہوں تفریق کرنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں پریکٹیشنر کو یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ وہ اس امر کے متعلق کہ تفتیش کرنا ضروری ہے یا نہیں قطعی فیصلہ کرنے کا مجاز نہیں، اگر اسے ذرا سا بھی شک ہو تو واردات کی اطلاع کر دینی چاہیئے۔ جب اس کو ایک مرتبہ کارونر کی رائے معلوم ہو جائے گی تو وہ جان لیگا کہ آئندہ کونسا طرز عمل اختیار کرنا چاہیئے۔

ناگہانی موت ضرور نہیں کہ تفتیش کی متقاضی ہو۔ اگر پریکٹیشنر کو یہ اطمینان ہو کہ موت فطرتی اسباب کا نتیجہ ہے تو وہ صداقت نامہ دینے میں حق بجانب ہے، مثلاً ایسے سن رسیدہ شخص کی موت جس کے متعلق معلوم ہو کہ وہ تشویشناک قلبی اضرار میں مبتلا تھا، اور بالکل حال ہی میں زیر علاج رہا تھا۔ لیکن جب موت سرِ راہ یا کسی دیگر پبلک مقام پر واقع ہو تو مناسب یہ ہے کہ کارونر کو خبر کی جائے اور کارونر کے فیصلہ تک صداقت نامہ کو روک رکھا جائے۔

شاید وارداتوں کا مشکل ترین گروہ وہ ہے جن میں زندگی میں کی جو علامات ہوں، مرض کی طرف منسوب کی جا سکتی ہوں، لیکن کوئی غیر معمولی امر یا شاید آدمی کا رویہ ہی زہر خورانی کا شبہ پیدا کر دے۔ ایسے کئی زہر ہیں کہ ان سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں، مرض سے نہایت مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ آسان امر نہیں کہ محض علامات کی بنا پر صحیح صحیح تشخیص کر لی جائے۔ ان اشخاص کی علالت سے جن کو کلوسکی (Colowsky) نے قتل کیا تھا اور جن کی کیفیت صفحہ 334 پر دی گئی ہے، مذکورہ بالا امر کی مثالیں حاصل ہوتی ہیں۔ خوش قسمتی سے ایسی وارداتیں شاذ الوقوع ہیں،

لیکن جب کبھی کوئی واقع ہوتی ہے تو طبیب کو نہایت ہی مشکل صورت حالات سے واسطہ پڑتا ہے۔ اول تو یہ کہ اگر وہ صداقت نامہ دینے سے انکار کردے اور تفتیش پر اس کے شبہات بے بنیاد ثابت ہوں، تو اس وقت تک وہ اس معاملہ کی اس نامناسب درجہ تک اشاعت کرچکا ہوگا جس سے متوفی کے قرابت داروں اور خود اس کے لئے افسوسناک نتائج پیدا ہوسکتے ہیں۔ اس کے بخلاف یہ کہ اگر وہ ان شبہات کو نظر انداز کرکے موت کی تصدیق کردے، اور لاش کے دفن ہونے کے بعد تازہ واقعات منکشف ہوں، تو نبش کی کارروائی کا حکم دیا جاسکتا ہے اور یہ اس سے کہیں زیادہ الم ناک ہے۔ ایسی بہت سی مثالوں کا حوالہ دیا جاسکتا ہے، اور سوائے یہ کہنے کے کہ پریکٹشنر خود کو ذاتی مفاد کے خیال سے متاثر نہ ہونے دے، کوئی عمومی اصول قائم نہیں کیا جاسکتا۔ ہر واردات میں علالت اور موت کے تمام حالات کا تبصرہ کرنا چاہیے، اور اس کے بعد اس واردات کے عیب و صواب کی بنا پر فیصلہ کرنا چاہیے۔

قانون، طبیب کو امتحان لاش کرنے سے نہیں روکتا بشرطیکہ اسے عزیز و اقارب کی رضامندی حاصل ہو۔ اکثر شفاخانوں میں بعد الموتی امتحانات ایک دستور العمل کے طور پر کئے جاتے ہیں، لیکن نجی مداولت میں شاذ و نادر قرین مصلحت ہوتا ہے کہ کارونر کی ہدایت کے بغیر امتحان کیا جائے۔ یہ کام عملاً صرف اس صورت میں جائز ہوتا ہے کہ شبہ قطعاً کسی مرضیاتی امر تک ہی محدود ہو اور [illegible] کا صحیح صحیح صداقت نامہ دینے کی غرض سے کسی نقطہ کی صراحت مقصود ہو۔ اگر غیر فطرتی طور سے موت واقع ہونے کا ذرا سا بھی شک موجود ہو تو پریکٹشنر کو کبھی اپنی ذمہ داری پر بعد الموت امتحان نہ کرنا چاہیے۔ نیز تفتیش کے امکان کے پیش نظر کوئی ایسی بات نہ کرنی چاہیے کہ جس سے کوئی قیمتی شہادت تلف ہو جائے، یا جس سے زہر خورانی کی واردات میں ان اعضا اور مواد سے مداخلت ہو، کیونکہ یہ ماہر کے ہاں چھوئے بغیر بغرض تجزیہ بھیجنے چاہئیں۔ کارونر، امتحان بعد الموت کا حکم دینے کا، اور اس کے نتائج کی بنا پر یہ فیصلہ کرنے کا کہ آیا تفتیش کرے یا نہ کرے، کوئی اختیار نہیں رکھتا۔

تاہم مدیر ایسی مثالوں سے دوچار ہوا ہے، جن میں کارونر نے طبیب کو کہہ دیا ہے کہ اگر طبیب کو اپنی طرف سے امتحان کرنے اور بعدازاں خبر دینے کی خواہش ہو، تو کارونر اپنا فیصلہ محفوظ رکھے گا تاوقتیکہ یہ امتحان نہ ہووے۔ ایسا کرنا قانون سے گریز کرنے کے برابر ہے۔ لہٰذا اگر طبیب کارونر کی اس ہدایت پر عمل پیرا ہو تو اسے یاد رکھنا چاہیے کہ وہ اپنے سر تمامتر ذمہ داری لیتا ہے، اور بعد میں مخالفانہ رائے زنی کئے جانے کی صورت میں وہ کارونر کے اختیارات کی آڑ میں پناہ نہ لے سکے گا۔ یہ امر باور کرنے کے وجوہ موجود ہیں کہ اگر کارونر کو تفتیش کئے بغیر امتحان بعد الموت کے حکم دینے کا اختیار رہوتا تو ان تفتیشات ہی کی ایک معتدبہ تعداد کی ضرورت نہ پڑتی۔

274 اگر تشدد اور موت کے وقوع کے درمیان ایک وقفہ گزر جائے خواہ کتنا ہی طویل کیوں نہ ہو، تو اس سے تفتیش غیر ضروری نہیں ہو جاتی چنانچہ ۱۹۱۳ء میں ایک شخص کی تفتیش کی گئی جو اس سے ۱۹ سال قبل ریل کے حادثہ میں متضرر ہوا تھا۔

کارونر، ابتدائی تحقیقات کی اثناء میں اور تفتیش کرنے سے قبل، بسا اوقات اپنے افسر کو طبیب کے پاس مختلف استفسارات کرنے کی غرض سے روانہ کرتا ہے۔ ان مثالوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں طبیب پر واجب ہے کہ جو کچھ اس کو معلوم ہو صاف صاف بتا دے، لیکن اگر کسی وجہ سے طبیب اس امر کو مرجح سمجھے کہ وہ گواہی کے کٹہرے میں کھڑے ہونے تک اپنی شہادت محفوظ رکھے، تو ایسا کرنے کا اسے قانونی حق حاصل ہے۔

275

حصہ دوم

جنون اور دیگر غیر طبعی ذہنی کیفیات

باب ۲۶

ذہنی فتور کی اشکال

طبی قانون داں کے لئے "فتورِ عقل" کئی سوالات کے لحاظ سے اہمیت رکھتا ہے، ان میں سے مجانین کی نگرانی، ان کی مسئولیت جرم اور وصیتی اہلیت اہم ہیں۔ ان میں سے ہر ایک سوال چند قانونی اصولوں پر متضمن ہے، جن پر اگلے باب میں زیادہ مکمل طور پر بحث کیجائے گی۔ موجودہ اغراض کے لئے اتنا یاد رکھنا کافی ہوگا کہ قانون نے جنون یا کسی دیگر غیر طبعی کیفیت کی کوئی جامع و مانع تعریف وضع نہیں کی اور نہ کوئی تسلی بخش تعریف سریری نقطۂ نگاہ سے ممکن ہی ہے۔ مجمل طور پر اطباء غیر طبعی کیفیات کو اس طرح تقسیم کرتے ہیں۔ وآت نفسی (psychoses) ایک اصطلاح جو کہ عملی طور پہ

جنون کے مرادف ہے۔اور نفسی عصبانیتیں (psychoneuroses) اور عصبانیتیں (neurosis) جو کہ وضیفی نوعیت کی بیان کیجاتی ہیں۔ تاہم مداولت میں برزخی اصابتیں ایسی بھی پیش آتی ہیں جن میں صرف مرور زمانہ ہی سے تشخیص واضح ہوتی ہے۔ نفسانیتوں کے متعلق مختلف اصطفافات (classifications) تجویز کئے گئے ہیں لیکن یہ ماننا پڑتا ہے کہ ان میں ایک بھی کامل طور پر تسلی بخش نہیں جسکی وجہ زیادہ تر یہ واقعہ ہے کہ ذہنی اختلال کی اکثر اشکال کی مرضیات کے متعلق ہمارا علم ہنوز ناتمام ہے۔ مندرجہ ذیل اصطفاف اس اصطفاف پر مبنی ہے جو کہ طب امراض نفسی کی موجودہ کتب درسیہ میں پایا جاتا ہے۔ تاہم طالبعلم کو یہ نہیں سمجھ لینا چاہئے کہ مختلف انواع کو ہمیشہ اتنی ہی صراحت کے ساتھ تفریق کیا جاسکتا ہے کیونکہ اکثر اوقات مداولت میں متداخل اشکال بھی ملتی ہیں۔

مانیائی انخفاضی دا آت النفس (maniac depressive psychoses)۔

(ا) مانیائی قسم۔

(ب) انخفاض یا مالیخولیا کی کیفیتیں۔

(ج) تبادلی، دوری، یا دوّار جنون۔

عتاہت متبادر (dementia præcox)۔

(ا) سادہ عتاہت متبادر۔

(ب) شبابی دیوانگی (hebephrenia)۔

(ج) زوال ذہنی (catatonia)۔

(د) جُنّت نما (paranoid) قسم۔

حاد اختلاطی جنون (acute confusional insanity)۔

جُنّت (paranoia)۔

صرعی دا ء النفس۔

مجانین کا عمومی شلل۔

تسممی داء النفس۔

وہ داء آت النفس جو جسمانی مرض کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔

تشنجو خی داآت النفس
وہ داآت النفس جو تولید کی متلازم ہیں
ناقص ذہنی نمو
(ا) ابلہی (idiocy)
(ب) سخافت (imbecility)
(ج) جنون اخلاقی

جنون کی تشخیص۔ جنون کی تشخیص ممکن ہے ایک مشکل معاملہ ثابت ہو یا ممکن ہے نہ ہو۔ بعض داآت نفسی مثلاً مجانین کے شلل عمومی میں طبیعی تغیرات، مثلاً ارگائل رابرٹسن (Argyl Robertson) کے حدقہ سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ بہت سی اشکال، مثلاً اختلاطی داء النفس، عتاہت متبادر (dementia præcox) اور مانیائی انخفاضی انواع میں جب مرض اچھی طرح قائم ہو چکا ہوتا ہے تو تشخیص بالکل عیاں ہوتی ہے۔ لیکن مشکل تو جنون کے ابتدائی مدارج میں پیش آتی ہے یا نہیں اور نفسی عصبانیتوں کی بعض اقسام میں تفریق کرنے میں پیش آتی ہے۔ یہ اصابتیں بالعموم برزخی کہلاتی ہیں اور تاوقتیکہ ان کو ایک خاص مدت تک زیر مشاہدہ نہ رکھا جائے، یا مرض کی ترقی کے ساتھ ساتھ قطعی علامات رونما نہ ہوں، ان کی تشخیص واضح نہیں ہوتی۔ مریض جدید طریقہائے علاج کا جو رد عمل کرتا ہے، وہ بسا اوقات ایک قیمتی علامت ہوتی ہے۔ یہ کہنا غلط نہیں ہے کہ جدید طریقہائے علاج جو نفسی تجزیہ پر مبنی ہیں، ان سے ایسے اشخاص کی طبعی صحت بحال ہو گئی ہے جو نفسی عصبانیتوں میں مبتلا تھے اور جن کو چند سال قبل شاید قطعی طور پر مجنون تصور کیا جاتا بلکہ شاید زیر نگرانی رکھا جاتا۔ تاہم طالب علم کو دوبارہ یاد دلایا جاتا ہے کہ طبی اغراض کے لئے ہمیں اس سے کچھ سروکار نہیں کہ ایک داء النفس، نفسی عصبانیت اور عصبانیت میں صحیح صحیح کیا فرق ہے۔ جب قانونی مسائل تنقیح طلب ہوں تو قانون کو مرض کی دقیق تشخیص سے نہیں، بلکہ اس سوال سے غرض ہوتی ہے کہ زیر بحث فرد کا دعویٰ اس مرض سے کس حد تک متاثر ہوا ہے۔

یہ امر فائدہ بخش ہوگا کہ مزید بحث کرنے سے قبل بعض اصطلاحات جو طب امراض نفسی میں مستعمل ہیں ان کی تعریف کر دی جائے۔ یہ حسب ذیل ہیں التباس، توہم اور اختباط۔

التباس (illusion)۔ التباس خارجی صدمہ (impulse) کا غلط ادراک ہے، یہ معروضی ہوتا ہے، اور ایک یا زیادہ حواس تک محدود ہوتا ہے۔ اس سے جنون کا کچھ ثبوت نہیں ملتا، کیونکہ یہ عقل کی ماؤفیت کے بغیر بھی محسوس کیا جا سکتا ہے۔ صحیح العقل اشخاص بھی اس میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ مثال۔ ایک آدمی دفعتہً نیند سے بیدار ہوتا ہے، اور اپنی خوابگاہ میں جس میں کوئی مدھم روشنی ہوتی ہے، ایک شے دیکھتا ہے جو کہ انسانی شکل کا خاکہ معلوم ہوتی ہے۔ وہ یہ بھی جانتا ہے کہ وہ اس کمرہ میں اکیلا ہی ہے، اور یہ کہ دروازہ بھی مقفل ہے۔ پھر چند لمحہ کے فکر سے یا مرئی شے کے زیادہ قریبی معائنہ سے اسکو یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس ارتسام کا سبب، سنگار میز (toilet stand) سے آویزاں ایک جلباب (dressing gown) ہے، یا ایسی ہی کوئی اور شے ہے۔ متذکرہ صدر مثال بصری التباس کی ہے، جس کی تصحیح قوائے عقلیہ سے کام لے کر، یا کسی دوسری حس سے حاصل کردہ شہادت سے کام لے کر کیجاتی ہے۔ اس کی تسبیب معروضی تھی، یعنی جو شے دیکھی گئی، مرکز بصارت نے اس کا ادراک غلط طور سے کیا۔ اس سے کوئی اختباط مترتب نہیں ہوا، یعنی غلطی کا فوراً پتہ چل گیا، اور ذہن غیر متاثر رہا۔

توہم (hallucination)۔ توہم وہ ادراک ہے جو بغیر خارجی صدمہ کے واقع ہو۔ اس کی نوعیت موضوعی ہوتی ہے، اور اس سے ایک یا دو حواس متاثر ہوتے ہیں۔ ضرور نہیں کہ یہ جنون پر دلالت کرے، کیونکہ ممکن ہے کہ قوائے استدلالیہ اس کی تردید کر دیں۔ لیکن اگر یہ نمایاں نوعیت کا ہو، تو قوائے استدلالیہ اسے تسلیم کر لیتے ہیں، جس سے اختباط پیدا ہوتا ہے۔ جب ایک آدمی کسی کو دریچہ میں سے اپنی طرف تاکتے ہوئے دیکھتا ہے حالانکہ وہاں کوئی بھی نظر نہیں آتا، یا باتیں کرتی ہوئی آوازیں سنتا ہے، حالانکہ کامل خاموشی ہوتی ہے، تو وہ توہم میں مبتلا ہے۔ اس سے کم معنی خیز توہمات یہ ہیں۔ شرارے، روشنی کے چمکارے، اور کنگورہ دار خاکہ والی اشکال، جو کہ سادہ عصبا نیتوں مثلاً دردِ شقیقہ (migraine) میں دکھائی دیتی ہیں، لیکن ہو سکتا ہے کہ یہ جنون ہی کا

بیش خیمہ ہوں۔ غیر موجود حیوانات، جیسے چوہے یا چوہیاں دیکھنا اور اس پر یقین لانا ہذیان ارتعاشی (delirium tremens) میں مبتلا مریضوں کے اضطراری توہمات ہیں۔ سادہ جنون میں سب سے عام سماعت کے توہمات ہیں۔

277 اختباط (delusion)۔ اختباط غلط اور اک یا غلط تصور سے پیدا شدہ قوت فیصلہ کے تضلال کا نام ہے۔ بخلاف اصطلاحات سابقہ کے یہ لفظ لازماً اختلال عقل پر دلالت کرتا ہے۔ مجنون کے اختباطات شخصی نوعیت کے ہوتے ہیں، درآنحالیکہ غیر شخصی اختباطات میں لوگ مجنون ہوئے بغیر بھی مبتلا ہو سکتے ہیں۔ مذہبی اور روحانیاتی ڈھکوسلوں کا سال بسال سنا جانا، ایک خاص قسم کے ذہن میں قوت فیصلہ کے تضلال کا نتیجہ ہے۔ یہ قسم غیر مروج خیالات کو بے چوں وچرا اور شوق کے ساتھ قبول کر لیتی ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ ایسے اشخاص مجنون ہی ہوں، البتہ ان کے مجنون ہو جانے کا احتمال ہے۔ ان کے قواء استدلالیہ ناقص ہوتے ہیں لیکن انکی ادراکیت دراصل معدوم نہیں ہوتی۔ وہ وہی کچھ دیکھتے اور سنتے ہیں جو کہ دوسرے دیکھتے اور سنتے ہیں۔ صرف اس کے متعلق غلط تصورات قائم کر کے وہ غلط نتائج مستنبط کرتے ہیں۔ مجنون کے اختباطات صرف ان ہی معاملات کے تجریدی تصورات پر مبنی نہیں ہوتے جو اس کی ذات سے علاوہ ہوتے ہیں، بلکہ یہ اختباطات خود اس کی ذات سے بھی متعلق ہوتے ہیں۔ اگر اس کے اختباطات مذہب کے متعلق ہوں تو اس کو یقین ہو جاتا ہے کہ اسکی روح لاعلاج طور پر مردود ہو چکی ہے، یا یہ کہ وہ مجسم خدا ہے۔ اگر یہ اختباطات روحانیات کے متعلق ہوں، تو وہ خیال کرتا ہے کہ رحلت کردہ ارواح اسے اس طور سے متاثر کرتی ہیں جس کا دفاع نہیں ہو سکتا، یا یہ کہ خود شیطان اس پر مسلط ہے۔ لہٰذا ایک مجنون اختباطات میں مبتلا ہو سکتا ہے، بغیر اسکے کہ اس کو توہمات ہوں۔

بعض مصنفین "التباس" اور "توہم" کو مبادلہ پذیر اصطلاحات کے طور پر استعمال کرتے ہیں، لیکن بعض "التباس" کی اصطلاح کو ان معنوں سے مختلف معنوں میں استعمال کرتے ہیں، کہ جن کی صراحت اوپر کی گئی ہے۔ لفظ "التباس" طبی قانوندان کے لئے ایک غیر ضروری لفظ ہے اور اس کا استعمال شاذ ہونا چاہیئے۔

جنون یکبارگی منویاب نہیں ہوتا بلکہ روائت (ingravescence) کی بھی ایک

مدت ہوتی ہے، جس میں متاثر شدہ شخص طبعی ذہنی حالت سے بتدریج منحرف ہوتا جاتا ہے۔ جنون کے مختلف مدارج میں جو علامات عیاں ہوتی ہیں، اگرچہ وہ بے قاعدہ ہوتی ہیں اور کسی خاص ترتیب کی پابند نہیں ہوتیں، تاہم ان میں سے خاص خاص علامات عام ہیں، اور چند علامات ہر اصابت میں موجود ہوتی ہیں۔ ذہنی امراض کی ابتدائی شناخت کے لئے ان علامات کا علم ہونا ازبس ضروری ہے۔

جنون کا آغاز اس قدر نامعلوم طور پر ہوتا ہے کہ امتیازی علامات کے ظہور سے بہت قبل مزاج میں تبدیلی نظر آسکتی ہے۔ چنانچہ فرد کی حالت پہلے سے مختلف ہو جاتی ہے۔ اس کا توازن مزاج جاتا رہتا ہے، اس کو ناقابل توجیہہ انقباض کے حملے ہوتے ہیں، جو ہیجان کے دوروں سے تبادل کرتے ہیں۔ مریض خلاف عادت چڑچڑا ہو جاتا ہے، اور روزمرہ کی چھوٹی چھوٹی تکالیف میں اپنے مزاج کو قابو میں نہیں رکھ سکتا۔ ممکن ہے کہ اس کے دوستوں کے دلوں میں اس امر کا ظن کہ تبدیلی مزاج کا سبب جنون ہی ہے، سب سے اول اسی عدم استقلال مزاج کی کیفیت کی وجہ سے پیدا ہو۔ اگر ایک آدمی کچھ عرصہ سے ملول اور خاموش رہتا ہے، تو کہا جاتا ہے کہ اس پر کاروبار کا حد سے زیادہ بار پڑ رہا ہے، اور یہ سمجھا جاتا ہے کہ اس کی طبیعت کچھ ناساز ہے، لیکن اس سے زیادہ کچھ نہیں۔ بعد ازاں جب وہ کسی خفیف سی مخالفت یا ایذادہی پر فوراً بھڑک اٹھتا ہے اور وحشتناک غیظ و غضب کا اظہار کرتا ہے، اور اس لمحہ کے لئے ایک مجنون کا سا برتاؤ کرتا ہے، تو دیکھنے والوں کے دل پہ فوراً یہ خیال نقش ہو جاتا ہے کہ اس کے دماغ کا توازن بگڑ گیا ہے۔

جذبات کی تبدیلی اس طرح بھی عیاں ہوتی ہے کہ فرد کی پسندیدگی ناپسندیدگی سے، اور محبت نفرت سے بدل جاتی ہے۔ مثلاً ایک آدمی بعض کلمات پر جو کہ اس کی بیوی نے اس کی جانب مخاطب ہو کر بولے ہوں، خلاف عادت بے صبری کا اظہار کرتا ہے اور بعد ازاں وہ بیوی کی طرف کامل نفرت ظاہر کرتا ہے، حالانکہ یہ جذبہ ان کے سابقہ تعلقات کے سراسر

منافی ہوتا ہے۔ تضلال یافتہ وجدان کا مزید ثبوت یہ ہے۔ ان اشیا اور ان اشغال میں، جو سابق میں اس کی توجہ کو جذب کرتے تھے، اس کی دلچسپی نہیں رہتی۔ تنہائی کی خواہش، جو کہ شاید پہلے پہل عام طور پر اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ مجلسی میل جول سے اجتناب کیا جاتا ہے، اور بعد میں خاص طور پر اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ خاندانی دائرہ سے کنارہ کشی اختیار کر لی جاتی ہے۔ اس زمانہ میں متاثر شدہ شخص اجنبیوں یا ایسے دوستوں کے سامنے جن کی طرف اس کو خاص رغبت ہو، بسا اوقات خوش مزاجی کا اظہار کرنے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے۔ حتیٰ کہ وہ یہ بھی کہہ اٹھتا ہے کہ صحبت میں اس کا مزاج بہتر رہتا ہے۔ صحبت سے وہ ان اشخاص کی رفاقت مراد لیتا ہے جن سے اس کو جبریہ ملنا نہ پڑے۔ ممکن ہے کہ ایسے فرائض جو ایک سوداگر یا پیشہ ور پر عائد ہوتے ہیں انکے ادا کرنے کی قابلیت ضروریات کے مطابق موجود ہو لیکن کام بے دلی سے اور بغیر دلچسپی کے کیا جاتا ہے۔

278

جنون کے ابتدائی درجوں میں عام تر اختباطات یہ ہوتے ہیں۔ یہ یقین کرنا کہ کسی شخص نے (عام طور پر مریض کے خاندان کے کسی فرد ہی نے) پولیس یا کسی غیر سرکاری فرد کو اختباط زدہ شخص کی نگرانی کرنے کے لئے مقرر کیا ہے، یا یہ کہ مریض کو تباہ کرنے یا اس کو اپنے حقوق سے محروم کرنے کے لئے سازش کی جا رہی ہے، یا یہ کہ اس کو زہر دینے کی کوشش کی جا رہی ہے۔ وہ اشخاص جو موخر الذکر اختباط میں مبتلا ہوتے ہیں، دواؤں کی کئی شیشیاں اور غذا کے کئی پارسل فراہم کرکے کسی طبیب سے مشورہ طلب کرتے ہیں، اور پیش کردہ نمونوں میں تحقیق زہر کے لئے تجزیہ کی درخواست کرتے ہیں۔ یہ ایک نہایت ہی حیرت انگیز واقعہ ہے کہ شبہ ہمیشہ ایسے اشخاص پر نہیں ہوتا جن پر مجرمانہ نیت کا بجا طور پر گمان ہو سکتا ہو (یعنی خاندان کے ان افراد پر نہیں ہوتا جو کہ اختباط زدہ شخص کی موت سے متمتع ہوں گے) بلکہ اس کے بیان کردہ مخفی قاتل، دوا فروش ہوتے ہیں، یا دکاندار ہوتے ہیں جو اس سے قطعاً نا آشنا ہوں۔ بعض اوقات اس تناقض کی توجیہہ کرنے کے لئے سازش کا الزام لگایا جاتا ہے۔

حواس مخصوصہ سے پیدا ہونے والے اختباطات بھی جنون کے ابتدائی درجوں میں عام ہوتے ہیں۔ ان اختباطات میں مثلاً شخص بیان کرتا ہے کہ وہ ایسی آوازیں سنتا ہے کہ جو اس کے متعلق استخفاف آمیز یا توہین آمیز کلمات بولتی ہیں۔ یا اسے بعض افعال کے ارتکاب کے لئے کہا جاتا ہے۔ یا وہ دیکھتا ہے کہ بازار میں لوگ اس پر ٹھٹھا کرتے یا اس کو دھمکی دیتے ہیں۔ یا وہ بیان کرتا ہے کہ ایک دوست جس کو مرے ہوئے کئی سال ہو گئے اس کے مکان کے پاس سے ہو کر گزرا ہے، جو جاتے ہوئے اس کی طرف تکتا تھا۔ یا یہ کہتا ہے کہ وہ اپنی کھانے میں زہر کا ذائقہ محسوس کر سکتا ہے۔ یا یہ کہ کوئی دشمن اس پر بذریعہ برق کے اثر ڈال رہا ہے، جس کے سبب سے اسے عجیب قسم کے احساسات محسوس ہوتے ہیں۔ یا یہ کہ اسے جسم سے بد بو آتی ہے۔

اختباطات اور توہمات کو ایک عامی ہمیشہ جنون کا قوی ثبوت سمجھے گا۔ اور جیسا کہ اگلے باب میں بھی ظاہر ہو گا، جب کسی جرم کے الزام پر بربنائے جنون غیر ذمہ داری کا عذر پیش کیا جاتا ہے، تو اختباطات کی موجودگی ایک معتد بہ اہمیت رکھتی ہے۔ تاہم اب اس امر کا اعتراف کیا جاتا ہے کہ نفسی عصبانی اختلالات میں اختباطات اور توہمات دونوں چیزیں پائی جا سکتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں متوفی اشخاص کی شکلیں نظر آتی ہیں۔ بعض میں ستائے جانے کے اختباطات موجود ہوتے ہیں، بعض میں مریض سمجھتا ہے کہ وہ کوئی لاہوتی ہستی ہے، یا یقین کرتا ہے کہ کسی لاہوتی ہستی سے اس کا براہ راست نامہ و پیام ہے۔ بعض اوقات اس کو آوازیں سنائی دیتی ہیں جن میں اسے دھمکی دی جاتی ہے یا بعض افعال کی انجام دہی کا حکم دیا جاتا ہے۔ یہ اختباطات کسی داء النفس (pschyoses) پر دلالت نہیں کرتے، جس کا ثبوت یہ ہے کہ بذریعہ نفسی تجزیہ اختباط کی توجیہہ کی جا سکتی ہے، اور علامات کا کلیتہً ازالہ کیا جا سکتا ہے۔ مزید برآں آوازیں سننے والے مریض کو جب مجبور کیا جاتا ہے، تو وہ یہ اعتراف کرتا ہے کہ وہ ان اختباطات کو درست یقین نہیں کرتا۔

داء النفس میں مبتلا مریضوں کی ایک معتد بہ تعداد میں ایک متوارث لوث کا

سراغ لگایا جاسکتا ہے۔ مانیائی انخفاضی جنون میں یہ تعداد مختلف مشاہدین کے قول کے مطابق ۳۰٪ سے لیکر ۸۰ فیصدی کے درمیان ہے۔ گذشتہ نسل یا نسلوں میں جو نقص پایا جاتا ہے۔ وہ ضرور نہیں کہ صریح جنون کا ہی ہو۔ بعض مثالوں میں صرع یا تسمم الکحالی کی سرگذشت حاصل ہوتی ہے۔

جنون کی بڑی بڑی اقسام کے مندرجہ ذیل بیان سے یہ معنی نہیں کہ یہ بیری نقطہ نگاہ سے مکمل ہے۔ بلکہ اس سے ہر قسم کے ان بڑے بڑے خصائص کا بتانا مقصود ہے جو طبی قانونی نقطہ نگاہ سے اہم ثابت ہو سکتے ہیں۔

مانیائی انخفاضی داءآت النفس

279

(manic depressive psychoses)

کریلین (Kræpelin) نے ثابت کیا ہے کہ مانیا کو اور انخفاض کی ان متعدد کیفیات کو جن کو مالیخولیا کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا، اب ایک ہی مرضیاتی عمل کے مختلف مظہرات تصور کرنا چاہیئے۔ کریلین (Kræpelin) نے اس مرضیاتی عمل کا نام مانیائی انخفاضی جنون رکھا ہے، اور اس نے اس اصطلاح میں دوری تبادل اور دوری جنون کو بھی شامل کیا ہے۔ کریلین کے اس نظریہ کو انگلستان کے اکثر ماہرین امراض نفسی نے اب تسلیم کر لیا ہے۔ تجربہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ان تمام گروہوں میں بعض اساسی خصائص مشترکہ طور پر پائے جاتے ہیں، مزید براں یہ مختلف کیفیات ایک دوسرے میں متداخل ہیں یعنی انکے درمیان کوئی قابل شناخت حدود نہیں ہوتے بلکہ ممکن ہے کہ ایک ہی اصابت میں ایک کیفیت دوسری کیفیت سے بدل جائے۔ لیکن ان کو بیان کرنے کی غرض کے لئے مانیائی کیفیات، اور انخفاضی یا مالیخولیائی کیفیات کا الگ الگ ذکر کرنا سہولت دہ ہوگا۔

Manic-Depressive Insanity and Paranoia; Trans. by Barclay, 1921.

مانیائی کیفیات۔ کریپلن (Kræpelin) نے ان کو زیر مانیا، حاد مانیا، اختباطی مانیا، اور ہذیانی مانیا میں تقسیم کیا ہے۔

زیر مانیا (hypomania) زیر مانیا مانیائی ہیجان کی خفیف ترین قسم ہے جو کہ اہل فرانس کے "فولی ریزوننٹ (folie raisonnante)" یا جنون بلا خلل عقل" کے مترادف ہے۔ مریض کا حافظہ اور ادراک مختل نہیں ہوتا، بلکہ ممکن ہے کہ اس کی نفسی فعالیت زیادہ ہو جائے۔ وہ مزاحیہ باتیں کہتا اور تحیر خیز تشبیہیں قائم کرتا ہے، اور شگفتہ تخیل کا اظہار کرتا ہے۔ تاہم اس کے خیالات کے سلسلہ میں وحدت مفقود ہوتی ہے، بسا اوقات وہ ایک موضوع کو چھوڑ کر دوسرے کی جانب رجوع ہوتا ہے۔ اگرچہ وہ حقیقی اختباطات میں مبتلا نہیں ہوتا، لیکن وہ اپنی وقعت کے متعلق مبالغہ آمیز رائے کا رجحان رکھتا ہے، اور اپنے امیر و کبیر شناساؤں اور اپنی بلند پایہ دماغی قابلیت وغیرہ کے متعلق شیخی مارتا ہے، یہ علامات مجانین کے عمومی شلل کا ایما کرتی ہیں۔ مریض زیادہ تر شگفتہ اور شادماں ہوتا ہے۔ لیکن وہ چڑچڑا بھی ہوتا ہے اور ادنیٰ باتوں پر غیظ و غضب کے تند مظاہر کا رجحان رکھتا ہے۔ وہ حد سے زیادہ انہماک کا اظہار کرتا ہے، اور کئی ایک منصوبوں میں مصروف اور منہمک رہتا ہے، لیکن حقیقی کام کرنے کی قابلیت پہلے سے کم ہو جاتی ہے۔ یہ کیفیت طبی قانونی نقطہ نگاہ سے اہم ہے، کیونکہ یہ اندیشہ ہوتا ہے کہ مرضیاتی کیفیت کے تشخیص نہ ہونے کی وجہ سے مریضوں کا جابرانہ رویہ ان کے عدالت کے روبرو پیش کئے جانے کا سبب ہو۔ بعض اوقات مریض مقدمات کا آغاز کرتے اور ان کو بڑی استقامت سے نباہتے ہیں۔ نیز یہ ممکن ہے کہ وہ خلاف شائستگی جرائم کا ارتکاب کریں۔ یا شراب کے عادی ہو جائیں، جس صورت میں یہ کیفیت مے مانیا (dipsomania) کی ایک قسم بن جاتی ہے۔ کریپلن (Kræpelin) نے بیان کیا ہے کہ صنفی ہیجان پذیری بہت بڑھ جاتی ہے، اور اس نے کئی ایسی امثلہ بیان کی ہیں کہ جنہیں اسکی وجہ سے نازیبا طرز عمل ظہور میں آیا۔ ایک کنبہ کا کہنہ سال باپ جو کہ گوشہ نشینی کی زندگی بسر کرتا تھا، سرکس کی چند گنگے بازلڑکیوں کی معیت میں شمپین (champagne) پینے لگا۔

ایسا ہی ایک اور مریض اپنی خادمہ کے کمرے میں زبردستی گھس گیا، اور جب پکڑا گیا تو اپنے طرزِ عمل کے لئے وسط صیفی جنون (midsummer madness) کا عذر پیش کرنے لگا۔ ایک شادی شدہ عورت میں جنون کے ہر حملہ پر ہر اس مرد کے لئے جو اس کے قریب ہوتا، تند جذبہ عشق موجزن ہو جاتا۔ بالآخر اس نے ایسے شخص پر اپنے عشق کا پُرجوش اظہار کیا جو اس سے ۳۰ سال چھوٹا تھا۔ ایک خادمہ کسی فوجی کپتان کو عشقیہ خطوط لکھ کر سنایا کرتی تھی، ان میں وہ خود کو "تمہاری منگیتر" لکھا کرتی تھی۔ ممکن ہے کہ بے وفائی کا الزام لگایا جائے اور بیجا رشک کا اظہار کیا جائے۔

حاد مانیا (acute mania)۔ زیر مانیا غیر محسوس درجات سے گذر کر، حاد مانیا میں بدل جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہو۔ یا دردِ سر، ماندگی، چڑچڑاپن، اور اظہار غیظ و غضب یا کیفیات انخفاض، اس کی پیش رو ہوں۔ مریض بے چین ہوتا ہے، اور اس کا رویہ من موجی (fantastic) ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ضرورت سے زیادہ لباس پہن لے، یا صرف قمیص پہن کر گھر سے باہر نکل جائے۔ کریلین (Kræpelin) ایک واقعہ کا ذکر کرتا ہے کہ ایک عورت کسی شہزادہ کی گاڑی میں ازراہ مذاق کود پڑی۔ اسیطرح ایک اور عورت اپنے لباس رقص ہی میں گرجا گھر چلی گئی۔ مریض بے تکلف اور پُرگو ہوتا ہے اور اس کی باتیں بے ربط ہوتی ہیں۔ وہ بدزبان ہوتا ہے، گندے کلمات کہتا ہے، اور جو کچھ اس کی دسترس میں ہوتا ہے، اسے تلف کر ڈالتا ہے۔ وہ اپنے لباس کو پھاڑ کر تار تار کر دیتا ہے، جسم کو غلیظ رکھتا ہے، اور ناشایستہ افعال کا ارتکاب کرتا ہے۔ سریع الزوال اختبالات اکثر موجود ہوتے ہیں، اور بالعموم غلو آمیز نوعیت کے ہوتے ہیں۔ تہدید آمیز اور خطرناک حملوں کے ساتھ اظہار تشدد بھی کیا جا سکتا ہے۔

280

بھوک اور نیند کبھی آتی ہے کبھی نہیں آتی اور پیٹ میں قبض ہوتا ہے۔ اس درجہ میں ذہن ایسا غیر متوازن ہوتا ہے، جیسا کہ تند ہوا کے دن کوئی گرا ہوا پتہ ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ ایک موضوع سے دوسرے موضوع پر تحیر خیز سرعت سے منتقل ہوتا ہے اور یہ تبدیلی ظاہرے ربطی کے ساتھ ہوتی ہے۔ بسا اوقات ان الفاظ یا جملوں میں جو بعض اوقات

ہیں، ایک قسم کی ترتیب زمانی معلوم کی جاسکتی ہے، جو کہ دیرینہ تجربات کے ایتلاف یا بولے ہوئے الفاظ کے ایتلاف پر مبنی ہوتی ہے۔ بالعموم یہ ترتیب مخلوط نوعیت کی ہوتی ہے، یعنی ایک ہی لفظ ایک وقت میں تو گذشتہ تجربات کی یاد تازہ کرتا ہے، اور دوسرے وقت میں کسی مماثل آواز اور مماثل معنی والے دوسرے لفظ کا ایما کرتا ہے۔ یہ کیفیت تھوڑی مدت کے بعد جزوی فترات واقع ہو کر تین چار ماہ تک قائم رہتی ہے۔ نیند بے قاعدہ ہوتی ہے چنانچہ ایک مانیا زدہ شخص متواتر کئی کئی دن اور رات بیداری میں بسر کر دیتا ہے اور اگر کبھی وہ چند گھنٹہ کے لئے سو تا بھی ہے تو جاگنے پر پھر سابقہ طرز عمل شروع کر دیتا ہے۔ زبان کا میلاپن کسی قدر دور ہو جاتا ہے، اور گرسنگی حد سے زیادہ بڑھ جاتی ہے، لیکن اس کے باوجود مریض دبلا ہوتا جاتا ہے۔ مانیا کی اصابتوں میں سب سے زیادہ تحیر خیز خصوصیت قوت برداشت ہے۔ مسلسل تند حرکات اور چیخ پکار اور گانا دن رات جاری رہتے ہیں اور ہر اس قسم کے فعل سے متجاوز ہو جاتے ہیں جو کہ ایک صحیح العقل شخص انجام دے سکتا ہے۔

ممکن ہے کہ حاد مانیا کا خاتمہ صحت پر ہو جائے یا یہ کہ یہ ایک مزمن شکل میں بدل جائے، جس سے صحتیابی بہت شاذ ہے گو کہ تھوڑی مدت کے بعد فترات بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ مزمن مانیا کے ساتھ کم و بیش عتاہت بھی موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کو بھی عتاہت کا عارضہ مزمن مانیا کے بعد ہو جائے یا براہ راست حاد کیفیت کے بعد ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں مانیا کے عقب میں مالیخولیا ہوتا ہے۔ مزمن مانیا کی خصوصیت بے ربطی اور اختباطات ہیں۔ گاہے غلو آمیز نوعیت کے اشتدادات واقع ہوتے ہیں لیکن یہ حاد مانیا کے اشتدادات سے کم شدید ہوتے ہیں۔

اختباطی مانیا۔ اس کیفیت میں اختباطات اور توہمات زیادہ مکمل ہوتے ہیں، جو مجنت نما (paranoid) حملوں کا ایما کرتے ہیں۔ مریض باور کرتا ہے کہ وہ کسی شاہی خاندان کی نسل سے ہے، یا بڑی دولت کا مالک ہے یا مخفی طاقتیں رکھتا ہے یا خدا کے ساتھ اس کا براہ راست نامہ و پیام ہے۔ ان اصابتوں میں صورت حال مشلول عمومی (general paralytic) کی سی ہوتی ہے۔ حاد مانیا میں اختباطات عارضی اور سریع الزوال ہوتے ہیں، لیکن متذکرہ

صدر کیفیت میں عام طور سے ایک معتد بہ مدت تک قائم رہتے ہیں اور مریض انکا اعادہ کرتا اور ان کی تائید کرتا ہے۔ اگرچہ ہیجان کوئی نمایاں خصوصیت نہیں ہے، تاہم ممکن ہے کہ دلسوز آہ و بکا یا تشدد کا ناگہانی اظہار کیا جائے۔

ہذیانی مانیا (delirious mania)۔ ممکن ہے کہ یہ معمولی حاد مانیا ہی کے بعد رونما ہو، یا یہ کہ پیش رو علامات کے بغیر اچانک شروع ہو جائے۔ یہ نوجوانوں میں سب سے زیادہ عام ہے اور خاصکر ان میں جو ہیجان پذیر ہسٹریائی مزاج کے ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اسکے قبل ایک انخفاضی دور ہوتا ہے، جسکے بعد بسیار گوئی کا دور ہوتا ہے اور یہ بسیار گوئی سرعت سے حاد ہذیان کی کیفیت میں بدل جاتی ہے۔ اگر ہذیانی مانیا اس طور سے رونما ہو تو بہ نسبت اس صورت کے جبکہ یہ کسی سابقہ ذہنی اضطراب کے بغیر ہی پھوٹ پڑتا ہے اس کے زیادہ دیر تک قائم رہنے کا امکان ہے۔ مریض سرعت سے اختلاط زدہ اور ماحول ناشناس (disorientated) ہو جاتا ہے۔ اس کو اپنے گردوپیش کے لوگوں کے متعلق دھوکا ہوتا ہے، اور وہ انھیں بلند پایہ اشخاص تصور کرتا ہے۔ توہمات موجود ہوتے ہیں جو ہر وقت بدلتے رہتے ہیں۔ اکثر کمرے میں جانور اور پرندے نظر آتے ہیں، آسمان کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے، یا یہ کہ قیامت برپا ہو گئی ہے، یا گھر کو آگ لگ گئی ہے، یا پانی میں تیر رہا ہے۔ ماحول کی بہت کم شناخت کا اظہار کیا جاتا ہے لیکن جب مریض سے خطاب کیا جاتا ہے، تو وہ نظر اٹھاتا ہے، اور کوئی معمولی سا حکم بجالاتا ہے، یا کسی سوال کا طفلانہ جواب دے دیتا ہے۔ جب ہذیان اپنے درجۂ کمال پر ہو تو مریض کو سخت ہیجان ہوتا ہے اگر کوئی اُسے روکنے کی کوشش کرے تو وہ اس پر حملہ آور ہوتا ہے، وہ اپنے کپڑے پھاڑ ڈالتا ہے، سخت ناشائستگی کا اظہار کرتا ہے، شور مچاتا، گالیاں بکتا اور گاتا ہے، یہاں تک کہ اس کے کلمات بالکل بے ربط ہو جاتے ہیں۔ اس درجہ میں نیند غائب ہوتی ہے۔ زبان جو کہ پہلے ہی سے میلی ہوتی ہے، اب اور بھی زیادہ میلی ہوتی جاتی ہے اور بالآخر خشک اور بھوری ہو جاتی ہے۔ دانتوں اور ہونٹوں پر پپڑی جم جاتی ہے، اور سانس بہت بدبودار ہو جاتا ہے۔ کمئی ہیجان کے وقفوں میں صورتِ حالات ایسی ہوتی ہے

جیسی کہ حمی معویہ (enterica) کے حملہ کا نتیجہ ہوتی ہے، لیکن تپش کا ارتفاع بہت کم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ حملہ میں مجنونانہ جوش کے دورے اور نسبتہً سکون کے وقفے شامل ہوں، اس کے ہمراہ توہمات بھی ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا حملہ چند گھنٹہ یا چند دن تک جاری رہے، یا ممکن ہے کہ دو یا تین ماہ جاری رہے۔ ناقابل علاج اصابتوں میں نیند کا فقدان نہایت ہی نمایاں علامات میں سے ہے، ممکن ہے کہ مریض برابر چار یا پانچ دن تک نہ سوئے گا۔

تشخیص۔ ہذیانی مانیا کو ہذیان ارتعاشی سے مندرجہ ذیل چیزوں کی عدم موجودگی کی بنا پر تمیز کیا جاتا ہے نیم دہشت زدہ طور و طریقہ، رعشہ، بستر پر چوہوں اور سانپوں کے توہمات، کاندھوں پر سے اور تکیوں کے تلے وزدیدہ نگاہیں ڈالنا، بے فائدہ ہر وقت بستر کے کپڑے نوچتے رہنا، خیالی اشیا کو پکڑنے کی کوشش کرنا، بالعموم اس قدر ذہانت کا باقی رہنا کہ سوالات کا جواب دیا جا سکے، یہ سب چیزیں ہذیان ارتعاشی پر دلالت کرتی ہیں۔ ہذیانی مانیا کو تپ یا حاد حموی مرض کے ہذیان سے امتیاز کرنے میں، مریض کی سرگذشت سے مدد ملتی ہے۔ تپ میں یا اس کے مماثل جسمانی تکلیف میں، ہذیان کے آغاز سے قبل ایک علالت کا وقفہ گزرتا ہے، کہ جس کی خصوصیت ارتفاع تپش، تیز رفتار نبض اور دیگر طبعی اختلالات ہوتے ہیں۔ ہذیان کی شدت، بہ نسبت ہذیانی مانیا کے مرض میں بہت کم ہوتی ہے، تاہم بعض امراض مثلاً شرابخوار مریضوں کے ذات الریہ میں یہ ہذیان بسا اوقات بہت ہی تند ہوتا ہے۔ ایک مخصوص طفوا و معین عمر کی عدم موجودگی تپ سے زیادہ مانیا کا ایما کرتی ہے۔ التہاب دماغ سے امتیاز کرنے میں زیادہ دقت کا سامنا نہیں ہوتا۔ اس مرض میں شدید درد سر، قے، قشعریرات اور غنودگی کا رجحان ہوتا ہے جو کہ بہت جلد سبات (coma) سے بدل جاتی ہے، اور اس کے ساتھ جو ہذیان پایا جاتا ہے وہ بہ نسبت اس ہذیان کے کہ جو ہذیانی مانیا میں پایا جاتا ہے کم مسلسل اور کم تند ہوتا ہے۔ ہذیانی مانیا میں درد سر کوئی عام علامت نہیں اور قے، قشعریرات، اور غنودگی کا رجحان مفقود ہوتا ہے۔ قشرۂ دماغ کا التہاب سحوی بے پناہ ہذیان کا موجب ہوتا ہے۔ لیکن یہ ہذیان مانیا کے ہذیان سے کم پائدار ہوتا ہے، اور ایک ذہول کی کیفیت سے تبادل کرتا ہے۔

نبض تیز یعنی ۱۳۰ ہوتی ہے، اور درجۂ تپش بھی بلند یعنی ۱۰۳ درجہ ف یا زیادہ ہوتا ہے۔ ہذیانی مانیا میں، یاس، استغنا، نہایت ہی ردی اصابتوں کی یہ صورت نہیں ہوتی۔ درد سر اور فزاز قشعریرات کا وقوع، حاد ہذیانی مانیا سے تفریق کی مزید امارات بہم پہنچاتا ہے۔

کیفیاتِ انخفاض یا مانیا۔ کریلن (Kræpelin) نے انخفاضی کیفیت کے حسب ذیل گروہ تسلیم کئے ہیں۔ سادہ مالیخولیا، ذہول، خطرناک مالیخولیا، جنتی مالیخولیا، فنطاسی (fantastic) مالیخولیا اور ہذیانی مانیا۔

سادہ مالیخولیا۔ اس کی خصوصیت ایسا نفسی امتناع ہے جو کہ توہمات اور نمایاں اختباطات سے مبرا ہوتا ہے۔ مریض انخفاض محسوس کرتا ہے، اور اس کے ذہنی اعمال سست ہو جاتے ہیں۔ وہ تھکا ماندہ ہوتا ہے اور اس کا حافظہ ناقص ہوتا ہے۔ وہ مغموم اور مایوس رہتا ہے، اور تمام اشغال اور ماحول سے اسکی دلچسپی جاتی رہتی ہے۔ اسے حقیقی اختباطات تو نہیں ہوتے، البتہ شکایت کرتا ہے کہ اس کی زندگی ناکام رہی ہے، اور یہ کہ جس کسی کام سے بھی اس کا سابقہ پڑا وہی بگڑ گیا۔ بعض اوقات تشویش کے حملے ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مختلف چیزوں کا خوف (phobias) اور امری تصورات (imperative ideas) بھی ہوں، جو کہ احتصاری (obsessional) داء النفس کا ایما کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خودکشی کا عزم کیا جائے، لیکن عام طور سے اس قسم میں مریض حقیقتاً خودکشی کا اقدام نہیں کرتا۔

ذہول۔ اس کیفیت میں نفسی امتناع اس درجہ بڑھ جاتا ہے کہ ذہول کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ مریض مردہ دل ہو جاتا ہے اور کئی کئی گھنٹے تک بات کئے بغیر ایک ہی انداز میں پڑا رہتا ہے، اور کسی چیز کی طرف التفات نہیں کرتا۔ کئی مریض اپنا کھانا ہی نہیں کھاتے، لیکن اگر کوئی دوسرا شخص ان کو کھانا کھلائے تو مزاحمت پیش نہیں کرتے۔ گاہے وہ چند بے جوڑ الفاظ بھی بولتے ہیں، جو کہ اختلاطی اور اختباطی خیالات پر دلالت کرتے ہیں۔ ان سب مریضوں میں خودکشی کرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ مریض اپنے ماحول کو فراموش کئے ہوتے ہیں، تاہم اس امر کے متعلق کہ ان کے گرد و پیش کیا ہو رہا ہے، وہ اس سے زیادہ باخبر ہوتے ہیں کہ جتنا خیال کیا جا سکتا ہے۔ اگر ان کو ایک لمحہ کے لئے بھی بے حفاظت چھوڑ دیا جائے،

تو ممکن ہے کہ وہ موقعہ پا کر خودکشی کرلیں۔

خطرناک مالیخولیا (melancholia gravis)۔ اس مرض میں توہمات اور اختباطات ہوتے ہیں۔ گناہ گاری کے احساسات ان اختباطات کا ایک نمایاں حصہ ہوتے ہیں۔ مثلاً یہ کہ مریض نے بدکاری کی زندگی بسر کی ہے، یا دوسروں کے ساتھ ظالمانہ برتاؤ کیا ہے، یا انھیں دھوکا دیا ہے۔ بعض اوقات یہ رنج ایسی خطاؤں سے متعلق ہوتا ہے جن کو سرزد ہوئے مدت ہوگئی ہوتی ہے اور جو بظاہر ادنیٰ نوعیت کے ہوتے ہیں۔ وہ اس خیال سے غم میں ڈوبا رہتا ہے کہ اس نے ادنیٰ چوریوں کا ارتکاب کیا تھا، یا یہ کہ اس نے اپنی ماں کو فریب دیا تھا۔ خدا کے خلاف گناہوں کا یقین بہت عام امر ہے۔ مریض بعض اوقات انجیل میں سے کوئی وعیدی آیت انتخاب کر کے اسے اپنے آپ پر منطبق کرلیتا ہے۔ اسکو یہ خیال آتا ہے کہ اس نے کسی ناقابل عفو گناہ کا ارتکاب کیا ہے، یا یہ کہ اس نے روح القدس کے خلاف کفر بکا ہے، یا یہ کہ اس کے متعلق ابدی سزا کا حکم صادر ہو چکا ہے جو کہ ناممکن التنسیخ ہے۔ بعض اوقات ستائے جانے کے تصورات موجود ہوتے ہیں یا یہ تصورات کہ لوگ اس کی جانب حقارت کی نظر سے دیکھتے ہیں۔ اس کو ہمیشہ گرفتار ہو جانے یا دیگر سزا کا خطرہ دامنگیر رہتا ہے۔

جُنّت نما مالیخولیا (paranoid melancholia)۔ اس قسم میں فرد کو ستائے جانے کے خیالات آتے ہیں، اور اکثر دھمکی دیتی ہوئی آوازیں سننے کے توہمات ہوتے ہیں۔ اس کو یقین ہوتا ہے کہ طبی معالج اس کی صحت کا ستیاناس کر رہا ہے، یا مثلاً یہ کہ اسے سیماب سے اس قدر سیر شدہ کر دیا گیا ہے کہ یہ دھات اس کی جلد میں سے ٹپک رہی ہے، یا یہ کہ اسے ایسی دوائیں کھلادی گئی ہیں جن سے اس کی قوتِ رجولیت تباہ ہوگئی ہے، اور متعلقہ اعضاء میں ذبول ہوگیا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ یہ باور کرے کہ اس کے کھانے میں زہر ڈالا جا رہا ہے، یا یہ کہ اس کے ستانے والے اس پر برقی رووں یا ٹیلی گرافی کے ذریعہ اثر ڈال رہے ہیں۔ اگر ان مریضوں کی ذہنی حالت پہلے سے شناخت نہ کی جا چکی ہو تو وہ اپنے اطبا یا قرابت داروں پر سنگین الزامات عائد کر کے ان کو شدید مصائب میں

مبتلا کر دیتے ہیں عموماً طور پر ان کا مزاج غمناک اور مایوسانہ رہتا ہے ، اور خودکشی کی جانب زبردست میلان پایا جاتا ہے۔

فنطاسی مالیخولیا (fantastic melancholia)۔ کریلین نے اس عنوان کے ماتحت ان اصابتوں کو جمع کیا ہے جن میں اختباطات زیادہ نمویافتہ ہوتے ہیں اور توہمات زیادہ کثرت سے ہوتے ہیں۔ مریض کو بدروحیں، عفریت جانوروں کے سر اور کالے آدمی دکھائی دیتے ہیں، اسکو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اسکے تکیہ پر کوئی فوت شدہ دوست بیٹھا ہے اور اس کو قصے کہانیاں سنا رہا ہے، یا یہ کہ خدا، یا شیطان یا کنواری مریم اس کی چارپائی کے پاس کھڑی ہے، یا یہ کہ پرندے اور جانور اس کو اہانت آمیز باتیں کہتے ہیں ، یہ کہ اُس کے ستانے والے اسے قتل کرنے کی کوشش کر رہے ہیں ، یہ کہ اس نے خوفناک گناہوں کا ارتکاب کیا ہے، یہ کہ اس نے کئی لوگوں کو قتل کر دیا ہے، یہ کہ شیطان اسے دوزخ کو لیجانے کیلئے چمنی میں سے اتر آیا ہے۔ بعض اوقات اختباطات مراقی نوعیت کے ہوتے ہیں، مثلاً یہ کہ وہ آہستہ آہستہ گل سڑ رہا ہے، یا یہ کہ وہ دہشتناک امراض میں مبتلا ہے، یا یہ کہ اس کی آنتیں ہی نہیں ہیں، یا اس کا قلب مردہ ہے، یا اس کا دماغ کیچڑ بن گیا ہے۔ اس کی بے رونق یاس میں کبھی کبھی خفگی کے وقفے ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات اس سے تند تر کیفیات بھی ہوتی ہیں جن میں مریض چیختا، ہاتھ ملتا اور سر دھنتا ہے، یا گرد و پیش کے لوگوں پر حملہ کرتا ہے۔

ہذیانی مالیخولیا (delirious melancholia)۔ کریلین (Kræpelin) نے بیان کیا ہے کہ اس کی خاصیت یہ ہے کہ شعور پر گہری بصارتی تاریکی چھا جاتی ہے۔ مریض کو بے شمار ہیبتناک اور اغلاطی اختباطات ہوتے ہیں۔ اسکو لوگوں کے چہرے مسخ شدہ دکھائی دیتے ہیں۔ اجنبیوں کو وہ مانوس قرابت دار تصور کرتا ہے۔ اکو کنواری مریم، روحوں اور شیطانوں کی رویائیں نظر آتی ہیں، یا یہ رویائیں کہ بادل نیچے اُترتے جا رہے ہیں یا یہ کہ ساری کائنات کو آگ لگ گئی ہے۔ ان رویاؤں کے دیکھنے کے باوجود مریض زیادہ تر بستر پر ساکت لیٹے رہتے ہیں۔ وہ ماحول میں کچھ دلچسپی نہیں لیتے اور بمشکل سے بول سکتے ہیں۔ وہیں پاخانہ کر دیتے ہیں اور رسید ھا سامنے کی طرف متحیر نظروں کے ساتھ ٹکٹکی لگائے

رکھتے ہیں۔ کبھی بے قرار ہو کر بستر سے اُٹھ بیٹھتے ہیں، ہاتھ ملتے ہیں اور سخت کرب کا اظہار کرتے ہیں۔

متبادل، دوری یا دوّار جنون (alternating, periodic or circular insanity) [جو کہ فولی سرکلیر (folie circulaire) کے نام سے بھی مشہور ہے]۔ یہ کیفیت متفرق قسم کے مانیا یا مالیخولیا سے کم عام ہے۔ مریض کو مانیا یا مالیخولیا کے حملے ہوتے ہیں، اور ان کے درمیان طبعی ذہنیت کے وقفے حائل ہوتے ہیں۔ کول (Cole) نے بیان کیا ہے کہ سب سے تمثیلی قسم وہ ہے کہ جس میں مانیا کے حملے کے بعد فوراً مالیخولیا کا حملہ ہوجاتا ہے اور بعدازاں ایک طبعی حالت کا وقفہ ہوتا ہے۔ بعض مریضوں میں مانیا اور مالیخولیا کے درمیان ایک طبعی وقفہ پایا جاتا ہے، اور بعض میں مانیا اور مالیخولیا تبادل کرتے ہیں۔

283

عتاہت متبادر

(DEMENTIA PRECOX)

عتاہت متبادر دراصل بلوغ اور شبوبیت کا داء النفس ہے۔ بعض مصنفین اس عارضہ کو انشقاق الذہن (schizophrenia) کی اصطلاح سے موسوم کرتے ہیں۔ جس سے شخصیت کا انشقاق مراد ہے، جو کہ اس مرض کا خاصہ ہے۔ ایک معتد بہ تعداد میں متوارث اثر کا بھی سراغ لگایا جا سکتا ہے۔ عتاہت متبادر نامعلوم طور پر ہوتی ہے، اور اس کی صحیح ماہیئت کی شناخت ہونے سے قبل بہت مدت تک اسے عصبی نہاکت (neurasthenia) یا کوئی دیگر عارضہ تشخیص کیا جاتا ہے۔ عتاہت متبادر کے مندرجہ ذیل بڑے بڑے اقسام تسلیم کئے گئے ہیں (۱) سادہ عتاہت (۲) شبابی جنون (hebephrenia) (۳) زوال ذہنی (catatonia) (۴) جُنت نما اقسام۔

لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ کیفیات باہم متداخل ہیں، اور بالعموم مخلوط اقسام بھی پائے جاتے ہیں۔

سادہ عتاہت متبادر (simple dementia praecox)۔اس قسم میں ابتدائی علامات یہ ہوتی ہیں۔ بے التفاتی، سست ذہنی، ماحول سے دلچسپی کا عمومی طور پر گھٹ جانا۔ مکتب کی ایک لڑکی یا لڑکا جو اب تک پڑھائی میں ترقی کرتا جا رہا تھا، اب بے پروا اور سست ہو گیا ہے صحبت سے گریز کرتا ہے، اپنے سبق سے غفلت کرتا ہے نئی باتوں کو سمجھ نہیں سکتا، اور بستر سے علیحدہ ہونا پسند نہیں کرتا۔ اسکو اسکی بے التفاتی سے ہوشیار کرنے کی کوشش کی جائے، تو وہ چڑچڑے پن کا اظہار کرتا ہے۔ ان علامات کے ہمراہ دردسر، بے خوابی اور ذہنی پستی پائی جاتی ہے۔ وہ اپنے لباس سے بے توجہ رہتا ہے اور جسم کو غلیظ رکھتا ہے۔ عارضی اختباطات پائے جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ آوازیں سننے اور رویائیں دیکھنے کے توہمات بھی ہوں۔ ایک مزدور جماعت کا مریض اپنی ملازمت دیر تک قائم نہیں رکھ سکتا اور بالآخر وہ ہر قسم کے کام سے عاجز ہو جاتا ہے، الا نہایت ہی سادہ قسم کے دستی کام کئے جو کہ صرف زیر نگرانی کیا جا سکتا ہے۔ یہ کیفیت کئی سال تک قائم رہ سکتی ہے اور موت تدرن سے واقع ہوتی ہے۔

جنون شبابی (hebephrenia)۔اس شکل میں سادہ، عتاہت متبادر کی بہ نسبت، زیادہ ناگہانی آغاز ہوتا ہے، اگرچہ اس میں بھی یہ ممکن ہے کہ مریض کچھ زمانہ تک بے خوابی، دردسر اور کسلمندی میں مبتلا رہے۔ ابتدائی علامات انخفاض اور اختلاط کی ہوتی ہیں، ان میں تخفیف کے وقفے پائے جاتے ہیں۔ جو کہ بادی النظر میں مانیائی انخفاضی کیفیات کا ایما کرتے ہیں۔ توہمات عام ہوتے ہیں۔ یہ اکثر آوازوں کی صورت اختیار کرتے ہیں جو مریض کو کوستی ہیں اور اس پر بداخلاقانہ یا مجرمانہ عادات کا الزام لگاتی ہیں۔ ایسی رویائیں بھی دکھائی دے سکتی ہیں جن میں مریض نامور اشخاص کو دیکھتا ہے۔ ایسے اختباطات بھی پائے جاتے ہیں جن میں جنسی میلان پایا جاتا ہے، اور مریض باور کرتا ہے کہ اس کو گردوپیش کے لوگ ستا رہے ہیں۔ بعض اوقات یہ اختباطات فنطاسی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ خودکشی کے اقدامات کئے جا سکتے ہیں۔ انخفاض یا ہیجان پذیری کے وقفے ہو سکتے ہیں لیکن عام رویہ بے التفاتی کا ہوتا ہے، چنانچہ مریض کرسی پر بیکار پڑا رہتا ہے، یا بستر پر بالکل جامدالحس ہو کر پڑا رہتا ہے، اور اپنے ماحول سے

دلچسپی کا کوئی اظہار نہیں کرتا۔ مانیائی دورے ہوتے ہیں جن میں مریض شور مچاتا اور چلاتا ہے، اور تباہ کن کام کرتا ہے۔ اکثر اصابتیں مکمل عتاہت کی صورت اختیار کرتی ہیں، لیکن ان کی کچھ تعداد میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مرض کی ترقی رک گئی ہے اور یہ ممکن ہے کہ ایسے مریضوں کو زیر نگرانی کسی مفید کام میں لگایا جا سکے جسمانی لحاظ سے اکثر اوقات سوء تغذیہ اور کمی ہاضمہ رہتا ہے۔

زوال فہمی (catatonia)۔ اس شکل کی ابتداء عام طور سے تدریجی ہوتی ہے، لیکن یہ کبھی اچانک بھی رونما ہو سکتی ہے۔ اول اول انخفاض خفیف درجہ کا ہوتا ہے اور بعض اصابتوں میں اس مرحلہ پر صرع نما تشنجات پیدا ہوتے ہیں۔ امتیازی علامت جسمانی ناحرکت پذیری اور عضلی استواری کی حالت ہے جو کہ مسلسل یا متفتر ہوتی ہے۔ جسم کو حرکت دینے کی کوشش کرنے پر فوری مزاحمت پیش آتی ہے، اور عضلی تناؤ پیدا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جوارح استواری کے ساتھ پھیلے ہوئے ہوں اور مٹھیاں مضبوطی سے بندھی ہوئی ہوں۔ چہرے کے عضلات کے انقباض سے طرح طرح کے منہ بنتے ہیں۔ بعض اوقات عمومی عضلی استواری کے ہمراہ ایک ذہول کی کیفیت ہوتی ہے جس میں مریض ایک طویل مدت تک بے حرکت پڑا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں مریض اپنے جوارح کو خمیدہ کرنے دیتا اور کسی وضع میں بھی رکھنے دیتا ہے، اور تاوقتیکہ وہ تھکن سے مجبور نہیں ہو جاتا، وہ جوارح کو اسی وضع پر قائم رکھتا ہے۔ مریض مختلف قسم کی ادائیں (mannerisms) ظاہر کرتا ہے۔ ہر اس فعل کی جو اس کے روبرو کیا جائے، مثلاً ہاتھ اٹھانے کی نقل اتارنے کا رجحان پایا جاتا ہے، اس پر متواتر نقالی (echoparaxia) کی اصطلاح منطبق کی جاتی ہے۔ ان الفاظ یا کلمات کا جو اس کو کہے جائیں اعادہ کرنا **صدیت** (echolalia) کہلاتا ہے۔ اسی طرح ایک کیفیت، جس میں مریض کو جو کچھ کہا جائے اس کے برعکس کرتا ہے، **منفیت** (negativism) کہلاتی ہے۔ مثلاً جب اسے ہاتھ کھولنے کو کہا جاتا ہے تو وہ اسے بند کر دیتا ہے، اور جب اسے زبان دکھانے کو کہا جاتا ہے تو وہ مضبوطی سے منہ بند کر لیتا ہے۔ **تکرار کلام** (verbigeration) کیا جاتا ہے یعنی آوازوں اور الفاظ کو بے سمجھے بوجھے تیزی کے ساتھ بار بار دہرایا جاتا ہے یا ممکن ہے کہ فرسودہ جملوں کا اعادہ کیا جائے۔ بکلے (Buckley)

نے ایک مریض کا ذکر کیا ہے جو ہر سوال کا جواب "۳۰ فیصدی قہوہ (coffee)" دیتا تھا۔ لگاتار ہنسنے یا رونے کا اظہار کیا جا سکتا ہے، لیکن کئی مریض خاموش رہتے ہیں، غذا کھانے سے انکار کرتے ہیں اور کپڑے نہیں پہنتے۔ توہمات بسا اوقات نمایاں ہوتے ہیں۔ اضطراری افعال ایک امتیازی خصوصیت ہیں۔ مریض بلا اطلاع اچانک کوئی تشدد آمیز فعل کر بیٹھتا ہے، مثلاً وہ خدمتگار کو زدوکوب کرتا، یا فرنیچر کو توڑ پھوڑ دیتا ہے، اور بعد میں سابقہ حالت پر عود کر آتا ہے۔

جنّت نما (paranoid) قسم۔ یہ شکل جس کا امتیازی خاصہ منتظم اختباطات ہیں، اس دار النفس سے جو کہ جنت (paranoia) کے عنوان کے ماتحت بیان کی گئی ہے، بیّن طور پر تمیز نہیں ہوتی۔ توہمات عام ہوتے ہیں اور ان میں مریض آوازیں سنتا ہے جو اس پر جرائم کا الزام لگاتی ہیں۔ بعض اوقات غلو آمیز نوعیت کے اختباطات پائے جاتے ہیں۔

حاد اختلاطی جنون

(Acute Confusional Insanity)

اس کیفیت کا امتیازی خاصہ خیالات کا اختلاط ہے۔ مانیائی انخفاضی گروہ اور اس میں یہ فرق ہے کہ جذباتی اختلال اتنا نمایاں نہیں ہوتا، اور طبیعی امارات زیادہ غالب ہوتی ہیں۔ اس کی تسبیب غیر یقینی ہے، لیکن یہ امر عام طور سے تسلیم شدہ ہے کہ اکثر مثالوں میں یہ کیفیت تسممی سرایت کا نتیجہ ہوتی ہے، یا ایسی خستگی کا نتیجہ ہوتی ہے جو طویل ذہنی اور جسمانی مشقت سے پیدا ہوئی ہو۔ دار النفس میں مبتلا سپاہیوں کی ۳۰۰۰ مسلسل اصابتوں میں سے جو ۱۹۱۶ء میں نٹلے (Netley) میں داخل کی گئیں، ریڈ (Read) نے ۲۱۲ فیصدی اختلاطی کیفیات پائیں۔ غتاہت تبادر کے گروہ کے بعد جو کہ ۲۰ فی صدی تھا، یہی سب سے بڑا گروہ تھا۔ مریض بسا اوقات غیر تغذیہ یافتہ ہوتا ہے، اس کی نبض پتلی اور کم تناؤ والی ہوتی ہے، اور اس کے قلب کی آوازیں دھیمی، اور درجہ تپش زیر طبعی ہوتا ہے۔ بازوؤں اور ٹانگوں میں عدم حسیت

ہوتی ہے ۔ مریض زمان و مکان دونوں لحاظ سے ماحول ناشناس ہوتا ہے یعنی وہ تاریخ یا عمر وغیرہ سے بالکل بے خبر ہوتا ہے، اور ماحول کو شناخت نہیں کرتا۔ اس کا حافظہ مختل ہوتا ہے، خیالات کا اختلاط نمایاں ہوتا ہے، اور وہ اشیا کو اور گرد و پیش کے اشخاص کو پہچاننے سے قاصر رہتا ہے۔ توہمات موجود ہوتے ہیں، اور مریض رویائیں دیکھتا اور آوازیں سنتا ہے۔ اختباطات بھی ہوتے ہیں، لیکن یہ نمایاں نہیں ہوتے۔ مریض کبھی کبھی مشتعل ہو جاتا، اور بے ربط باتیں کرنے لگتا ہے ۔

جُنّت

(PARANOIA)

اس فتور کا امتیازی خاصہ ثابت اور منظم اختباطات ہیں ۔ لیکن اس اصطلاح کو مختلف مصنفوں نے مختلف معنوں میں استعمال کیا ہے، اور تا حال اس امر کے متعلق کوئی اتفاق رائے نہیں ہوا کہ اس عنوان کے ماتحت کون کون سی اصابتیں لائی جا سکتی ہیں ۔ کریپلن (Kræplin) نے جُنّت کی یہ تعریف کی ہے کہ "یہ ایک مخفی طور پر نمو یافتہ مستقل اور ناقابل ازالہ اختباطی نظام ہے جو کہ داخلی اسباب سے پیدا ہوتا ہے اور جس میں صاف اور با ترتیب تفکر، ارادہ اور عمل باقی رہتا ہے"۔ جُنّت کا یہ تصور عام طور سے تسلیم کر لیا گیا ہے اور بہت سی ایسی ذہنی کیفیات، جن کو زمانہ ماضی میں جُنّت کے عنوان کے تحت لایا جاتا تھا، اب عتاہت متبادر کی جُنّت نما شکل، یا دیگر داءات النفس میں شامل کی جاتی ہیں ۔ جب اختباط، بے ضرر اور محدود نوعیت کا ہوتا ہے، تو مریض کا طرز عمل ایک بے ضرر اور منحرف المرکز فرد کے طرز عمل سے مشابہ ہوتا ہے ۔ کلوسٹن[1] (Clouston) نے ایک مثال کا ذکر کیا ہے جس میں مریض عقل کے اعتبار سے بہت ذکی اور اخلاقی نقطہ نگاہ سے بے عیب

285

[1] Clinical Lectures on Mental Diseases, 1883.

تھا، لیکن وہ یہ باور کرتا تھا کہ دو اور دو چار نہیں ہوتے، بلکہ سوا چار ہوتے ہیں۔ دارالمجانین کا حساب کتاب کرنیکے بعد (یہ حساب کتاب وہ مروجہ تعصبات کا پاس کرتے ہوئے پر اپنے نظام کے مطابق، اور صحت کے ساتھ انجام دیا کرتا تھا،) جو وقت بچتا تھا اس میں وہ ستاروں کے فاصلہ کے متعلق اپنے ذاتی نظام کی رو سے مکمل طور پر حساب لگایا کرتا اور لوگارتھموں کی جدید جدولیں مرتب کیا کرتا تھا۔ اس کے مسودات سے دو بڑے بڑے صندوق بھرے ہوئے تھے یہ صندوق وہ بہ خلوص دل آکسفورڈ یونیورسٹی کے نام وصیت میں لکھ گیا۔

جُنتی اختباطات کو منظم بیان کرنے سے مراد یہ ہے کہ مریض اپنے اعتقادات کو معقول ظاہر کرتا ہے اور منطقی ربط کے ساتھ اپنی بات کی تائید کرتا ہے۔ ایسے مریضوں پر اس مظاہرہ یا استدلال سے جو انکے غالب تصورات کے خلاف پیش کیا جائے، کچھ اثر نہیں ہوتا اور وہ ان لوگوں کی ذہنی استعداد کے متعلق جو ان سے اختلاف کرنے کی جرأت کریں، انتہائی حقارت کا اظہار کرتے ہیں۔ ان مریضوں کے خیالات اصل واقعات کے متناقض ہوتے ہیں، لیکن ان خیالات سے جو نتائج اخذ کئے جاتے ہیں، وہ بسا اوقات بالکل معقول ہوتے ہیں، گویا اگر آپ ان کے مقدمۂ منطقیہ کو مان لیجئے، تو باقی ماندہ خود بخود ٹھیک مترتب ہو جاتا ہے۔ مثلاً جب ایک عورت یہ تصور کرتی ہے کہ وہ ویلز کی شہزادی ہے، تو وہ وہی طور و طریقہ اختیار کرتی ہے جس کو وہ یقین کرتی ہے کہ یہ اس کی شان کے شایان ہے۔ وہ خود کو جھوٹے زیورات اور بناؤ سنگھار سے آراستہ کرتی ہے اور جو لوگ اس سے ملتے ہیں، ان سے احترام آمیز برتاؤ کا مطالبہ کرتی ہے۔ اسیطرح جب ایک آدمی یہ باور کرتا ہے کہ اس کو ہاتھ رکھ کر چنگا کرنے کی قوت ودیعت کی گئی ہے۔ تو وہ تحریری اور تقریری فخریہ خطبات کے ذریعہ اپنی قوت کا اعلان کرتا ہے، اور تمام ان لوگوں کو جنکی تفویض میں بیمار لوگ ہوں، ان بیماروں کے لانے اور چنگا کروانے کی دعوت دیتا ہے۔

ایسے اختباطات جو انخفاض اور ستائے جانے کے خیالات سے وابستہ ہوں، جُنت میں بہت عام ہیں۔ ماؤف اشخاص بسا اوقات خود کو کسی پر اسرار عمل کا،

جو بعض لوگوں کی جانب سے ان پر کیا جا رہا ہوتا ہے، شکار تصور کرتے ہیں، ان لوگوں کی اکثر تخصیص نہیں کی جاتی، بلکہ ان کو مبہم طور پر "بدمعاش" یا مسمریزم کا عامل بولا جاتا ہے۔ ایک شخص باور کرتا ہے کہ اگر وہ لوگوں کو اپنے آپ کو چھونے دے یا اپنے قریب ہی آنے دے تو وہ اس کے خیالات معلوم کر لیتے ہیں، بدیں وجہ جہاں تک ہو سکتا ہے وہ ہر ایک کو دور رکھتا ہے۔ ایک اور شخص یہ باور کرتا ہے کہ کوئی کینہ ور عامل اس کو گیس سے پھلانے کی کوشش کر رہا ہے، تاکہ وہ غبارہ کی مانند اڑ جائے۔ اس لئے وہ کئی کئی مہینہ تک نہیں بیٹھتا، بلکہ چلتا پھرتا رہتا ہے، یا اشیا کا سہارا لیتا رہتا ہے، اور تیار رہتا ہے کہ جب کبھی ایسی کوشش کیجائے وہ فوراً بھاگ نکلے۔ ایک مریض یہ باور کرتا ہے کہ لوگ اس کے پیچھے پیچھے لگے رہتے ہیں، اس کی تاک میں رہتے ہیں یا اس کو گرفتار کرنے کے لئے جال بچھا رہے ہیں۔ اس کے خطوط کو کھول لیا جاتا ہے یا اس کے خیالات معلوم کر لئے جاتے ہیں۔ وہ اپنی جائے سکونت تبدیل کر ڈالتا ہے، لیکن اس کے ستانیوالے اس کا پتہ جلد دریافت کر لیتے ہیں، اور مختلف نشانوں سے اس کو معلوم ہو جاتا ہے کہ اس کو ضرر پہنچانے کی شرارت آمیز کوششیں پھر کی جا رہی ہیں۔ ایسے اختباطات کو "منظم" کہا جاتا ہے، یعنی مریض ان حملوں کے لئے دلائل پیش کرتا ہے۔ اصابتوں کے ایک اور گروہ میں کسی فرد پر شک کیا جاتا ہے، مثلاً ایک آدمی اپنی بیوی کی پاکدامنی پر شک کرتا ہے اور یقین کرتا ہے کہ وہ بیان کردہ اپنے عاشق کی مدد سے کسی مخفی طریقہ پر، اسکے ذہنی اور مردمی قواء سلب کر رہی ہے۔

وہ لوگ جو اختباطی جنون کا موضوع ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ کسی قوی محرک کے زیر اثر اپنے اختباطات کو مخفی رکھ سکیں۔ اپنے خیالات کو چھپانے کی کوشش کے علاوہ، اگر کوئی ان سے مخاطب شخص اختباط انگیز موضوع کو نہ چھیڑے، تو وہ خود کو ظاہر کئے بغیر ایک معقول مدت تک معقول گفتگو جاری رکھ سکتے ہیں۔ 286

ماڈزلے[ل] (Maudsley) نے ایک کشنر کے واقعہ کا حوالہ دیا ہے کہ اس کو دارالمجانین میں

ل Responsibility in Mental Diseases, 1874.

اس غرض سے بھیجا گیا کہ جس جس کو وہ شفایاب سمجھے رہا کر دے۔ اس نے ایک بڈھے آدمی کا معائنہ کیا کہ جو کسی طور سے بھی بے ربطی یا جنون کا اظہار نہ کرتا تھا۔ اس آدمی کی رہائی کے لئے حکمنامہ لکھا گیا جس پر اس کو دستخط کرنے تھے۔ بڈھے آدمی نے قلم لیا اور "مسیح" لکھ دیا۔

اختباطی جنون میں سماعت کے توہمات عام ہیں۔ مریض ہر وقت یہی شکایت کرتے رہتے ہیں کہ آوازیں تہ خانے میں سے آتی یا دیواروں میں سے نکلتی ہیں۔ قوت ذائقہ اور قوت شامہ کے توہمات بھی عام ہیں۔ انکی وجہ سے زہر خورانی کا یا مضرت رساں گیسوں سے دم گھٹنے کا توہم پیدا ہوتا ہے۔

طبی قانونی نقطہ نگاہ سے جُنّت (paranoia) بہت بڑی اہمیت رکھتی ہے، کیونکہ اس مرض کی وجہ سے دوسرے اشخاص پر ہر طرح کے الزام لگائے جا سکتے ہیں، اور ستائے جانے کی اختباطات کی وجہ سے بعض اوقات مزعومہ دشمنوں کے خلاف قاتلانہ اقدامات کئے جاتے ہیں۔ بعض مریض جائداد یا خطابات کے دعویدار ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ اختباطات مذہبی رنگ اختیار کر لیتے ہیں، اور مریض یہ باور کرتا ہے کہ اسے خدائی طاقتیں حاصل ہیں، یا یہ کہ وہی "مسیح" ہے۔ اس قسم کا مریض اپنے مفروضہ نصب العین کی تکمیل کی کوشش کرتا ہے اور وہ اجلاس طلب کرتا اور گشتیاں تقسیم کرتا ہے۔ بعض مثالوں میں یہ اختباطات شہوانی نوعیت کے ہوتے ہیں، جو زیادہ تر عورتوں میں پائے جاتے ہیں۔ ان کی وجہ سے وہ مردوں پر یہ الزام لگاتی ہیں کہ انھوں نے ان کو ناشائستہ ترغیبات دی ہیں، بلکہ اس سے بھی سخت الزام لگاتی ہیں۔ ایسے خیالات بالعموم بہت مثبت ہوتے ہیں، اور ماؤف عورت اس شخص کی طرف جس نے اس کے خیال کے مطابق اس پر ظلم کیا ہو، بلکہ دوسرے لوگوں کی طرف بھی، استقامت کے ساتھ بدنام کن خطوط لکھتی ہے اور ان کو ان کی مزعومہ بدکاریوں سے آگاہ کرتی ہے۔

جُنّت (paranoia) ہمیشہ غیر معلوم طور پر شروع ہوتی ہے، اور اختباطات آہستہ آہستہ ترقی کرتے ہیں۔ یہ مرض زندگی کو کوتاہ کرنے کا رجحان

نہیں رکھتا، اور نہ ضعفِ عقل، یا عتاہت میں مبدل ہوتا ہے۔

فروڈیائی (Freudian) مسلک کے ماننے والوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ جنت (paranoia) اور ہم صنفیت (homosexuality) کے درمیان ایک رشتہ پایا جاتا ہے۔ فیرنزی (Ferenezi) سمجھتا ہے کہ جنت (paranoia) زیر شعوری نفس میں ہم صنفی خواہشات کے لئے ایک دفاعی میکانیہ ہے۔ اس نے متعدد مثالیں بالتفصیل بیان کی ہیں جو اس نظریہ کی موید ہیں[1]۔

صرعی جنون

(EPILEPTIC INSANITY)

صرعی مریضوں کی عقل کے ترقی پذیر انحطاط کے رجحان کے علاوہ یہ مرض حاد قسم کے نفسیاتی فتور پیدا کر سکتا ہے جو کہ نوبتی حملوں سے ایک خاص تعلق رکھتے ہیں بقول ہیوگلنگز جیکسن[2] (Hughlings Jackson) صرع "قشرۃ الدماغ کا اچانک، سریع، مفرط، اتفاقی اور مقامی تخرج ہے"۔ معمولی صرعی حملہ میں تخرج کی پہلی علامت حسی فتور یعنی نام نہاد نسمہ (aura) ہے۔ اس فتور کے بعد مزید شناخت فوراً بیہوش ہو جانے کی وجہ سے رک جاتی ہے اور زاں بعد یہ تخرج حرکی خطوں میں صرف ہو جاتا ہے۔ چونکہ یہ تخرج قشرہ کے کسی بھی حصہ میں واقع ہو سکتا ہے، لہذا نفسی اور حرکی اثرات کے درمیان کوئی مستقل تناسب نہیں پایا جاتا معمولی صرعی نوبت میں نفسی اختلال نسمہ تک محدود رہتا ہے جو نوبت کا پیش رو ہوتا ہے، یا کسلمندانہ نیند تک محدود رہتا ہے جو نوبت کے بعد آتی ہے۔ ان مثالوں میں جو طبی قانون دان کے لئے دلچسپی رکھتی ہیں، حرکی اثرات ناقابل اعتنا ہوتے ہیں بلکہ ممکن ہے کہ یہ قطعاً مفقود ہوں۔

---

[1] Contributions to Psychoanalysis, 1616

[2] West Riding Asylum Rep., vol. iii

287

طبّی قانون داں کی توجہ مراکز اعلیٰ کے فتور پر مرتکز ہوا کرتی ہے جس سے فرد کا ذہنی رویہ اور افعال متاثر ہوتے ہیں۔ نفسی اختلالات حر کی تخرج سے قبل، یا بعد میں واقع ہوتے ہیں۔ طب قانونی کے نقطۂ نظر سے جو امر کہ نہایت ہی اہم ہے وہ یہ ہے کہ نفسی اختلالات تخرج کی عدم موجودگی میں بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ صرعی نوبت سے ایک اختلاف پذیر مدت پہلے فرد ایک بے چین، چڑچڑے اور روکھے مزاج کا اظہار کرتا ہے جس کے ہمراہ اختباطات بھی ہوتے ہیں۔ ان اختباطات کا ایک نمایاں جزو فرد کا گردو پیش کے لوگوں کی نیتوں پر شک کرنا ہے۔ کمتر اوقات خوش مزاجی کا اظہار کیا جاتا ہے۔ مریض سے روزانہ ملنے جلنے والے لوگ اس دماغی تغیر کو بآسانی پہچان لیتے ہیں چنانچہ وہ اس سے نتیجہ نکال لیتے ہیں کہ نوبت قریب الوقوع ہے۔ ایک کامل نوبت یا فتہ نوبت کے اختتام پر مریض بالعموم ایک اختلاف پذیر مدت کے لئے سو جاتا ہے۔ جب جاگتا ہے تو وہ اپنی پہلی حالت پر ہوتا ہے، مگر اس کو درد اور تکان محسوس ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں ہوش آنے سے قبل خود رواں حرکات کی جاتی ہیں۔ ایک آدمی کو بازار میں دورہ ہوتا ہے، دورہ کے ختم ہو جانے کے بعد وہ اٹھتا ہے اور ماحول کا ادراک کئے بغیر ایک معتدبہ فاصلہ تک چلتا ہے۔ جب اس کو ہوش آتا ہے تو وہ دیکھتا ہے کہ وہ ایک ایسے مقام پر ہے جس سے وہ قطعاً ناآشنا تھا۔ اس حالت کے دوران میں وہ طرح طرح کے افعال کر سکتا ہے۔ یہ افعال غائی نوعیت کے ہوتے ہیں جن کی انجام دہی میں پیچیدہ حرکات کی ضرورت ہوتی ہے ان کی توجیہ یہ ہے۔ طبعی حالات میں اعلیٰ اقتداری مراکز حر کی مراکز پر ضبط قائم رکھتے ہیں۔ یہ اعلیٰ مراکز تکان کی وجہ سے انفعالیت کی حالت میں آجاتے ہیں جبکہ ضبط کی عدم موجودگی کی وجہ سے گذشتہ ایتلافات اپنا اثر کرتے ہیں۔ ان میں سے اکثر افعال معرا لرادی حرکات کی صورت پیش کرتے ہیں، تاہم فرد دورہ کے وقت بھی، اور اسکے بعد بھی ان افعال کے کئے جانے کے متعلق بالکل لاعلم ہوتا ہے۔ اگرچہ ان افعال کو خود رواں (automatic) پکارا جاتا ہے لیکن غالباً ان کی ابتداء کسی ادنیٰ حسیلی تہیج، یا کسی داخلی اصل کے تہیج سے ہوتی ہے، مثلاً کسی ایسے فعل کو جو کہ دورہ کی وجہ سے رک گیا ہوتا ہے، دوبارہ جاری رکھنے کا رجحان ہوتا ہے۔ چنانچہ ایک شخص جو حملہ ہونے کے وقت چل رہا تھا حر کی تکان سے بحال

ہونے پر اور ذہنی مراکز کی فعالیت دوبارہ پیدا ہونے سے قبل، وہ پھر چلنا شروع کر دیتا ہے۔
ایک معمولی صرعی دورہ ہو چکنے اور بعد کی سباتی نیند بھی ختم ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ مریض اپنی گذشتہ ذہنی حالت پر عود نہ کرے بلکہ اس کو شدت کا مانیا ہو جائے۔ یہ حالت دورہ سے ۲۴ گھنٹہ یا زیادہ کے اندر اندر کسی وقت بھی طاری ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سبات کے بعد فوراً پیدا ہو جائے، لیکن زیادہ کثیر الوقوع یہ ہے کہ یہ اس سے چند گھنٹے بعد پیدا ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ کسی واحد دورہ کے بعد پیدا ہو، لیکن اس کے ہونے کا زیادہ تر احتمال اس وقت ہوتا ہے جب سریع تواتر کے ساتھ کئی دورے ہو چکیں۔ اقتدار اعلیٰ کی عدم موجودگی میں، ادنیٰ مراکز آزاد ہو جاتے ہیں، اور ایسا اندھا دھند ناقابل ضبط دیوانہ پن معرض ظہور میں آتا ہے جو مریض کیلئے یا ان لوگوں کے لئے جو اس کے اردگرد ہوں غایت درجہ خطرناک ہوتا ہے۔ جس وقت مریض اس کے زیر اثر ہوتا ہے تو وہ اپنے افعال کو شناخت کئے بغیر وحشیانہ تشدد کے افعال کا ارتکاب کرتا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ نفرت یا شک جو حملہ سے قبل چڑچڑے پن کے مرحلہ میں پیدا ہوتا ہے، ممکن ہے کہ وہ حملہ کے بعد ایک قاتل فعل کا محرک ہو، کسی شخص کی طرف دل میں عداوت ہو، تو دورہ کے ختم ہو چکنے کے بعد، جب کہ مریض ابھی اپنے افعال سے لاعلم ہی ہوتا ہے، شخص مذکور کے زد و کوب کئے جانے کا امکان ہے۔ گاہے معمولی صرعی دورہ کے بعد ذہنی اختلال ایک دوسری شکل اختیار کرتا ہے وہ یہ ہے کہ مریض صرف اشتعال پذیر ہوتا ہے یعنی بولتا، نقلیں کرتا اور لغو بڑبڑاتا ہے لیکن تشدد نہیں کرتا۔

خود روانی (automaticity) کی کیفیت، ایک خفیف صرعی حملہ میں حرکی علامات کے بغیر واقع ہو سکتی ہے (نام نہاد صرع صغیر) اس قسم کے حملہ میں جسم یا جوارح کی کوئی قابل احساس حرکت نہیں ہوتی۔ چہرہ دو ایک لمحوں کیلئے پیلا پڑ جاتا ہے، بعد ازاں تمتما اٹھتا ہے، اور بالعموم اس سے زیادہ کچھ نہیں ہوتا دیکھا جا سکتا۔ ممکن ہے مریض کو ایک لحظی بے ہوشی کا ادراک ہو یا نہ ہو۔ اگر وہ حملہ ہونے کے وقت باتیں کر رہا ہو، تو وہ ایک لحظہ کے لئے رک جاتا اور تامل کرتا ہے، اور پھر دوبارہ کلام کرنا شروع کر دیتا ہے۔ اگر وہ کچھ لکھ رہا ہو، تو

288

غالباً قلم اس کے ہاتھ سے گر پڑتا ہے، لیکن یہ سارا معاملہ اس قدر غیر وقیع معلوم ہوتا ہے کہ اس کو بآسانی قلم کی اتفاقی لغزش پر محمول کیا جا سکتا ہے۔ اگر وہ دورہ ہونے کے وقت کوئی کام کر رہا ہو تو یا تو وہ اس کام کو اسی طرز پر جاری رکھتا ہے، یا کوئی لغو یا غیر مناسب فعل کرتا ہے جو کہ اصل مقصد سے کچھ نہ کچھ نسبت رکھتا ہو۔ مثلاً ایک عورت کو جو کہ روٹی سینک رہی تھی صرع صغیر کا حملہ ہوا۔ اس عورت نے ٹوسٹنگ فورک (toasting fork) کو اس روٹی کے ٹکڑے کے سمیت جو اس پر لگا ہوا تھا، سلاخوں کے درمیان ٹھونس کر آگ کو زور سے کرید ڈالا۔ یہ ائتلاف تصورات ایک اہم طبی قانونی پہلو رکھتا ہے۔ اس دورہ کی اثنا میں جو کہ حس کی اختلال پیدا نہیں کرتا، یا اسکے بعد کچھ فعل انجام دینے کی جانب رجحان پایا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر بوقت دورہ مریض کے ہاتھ مصروف نہ ہوں، تو ممکن ہے کہ وہ بلا ارادہ و ادراک کوئی ایسا کام کر بیٹھے جو ایک عمدی خلاف قانون فعل سے قوی مشابہت رکھتا ہو۔ ممکن ہے کہ محض کسی شئے کا دکھائی دینا ہی، اسکو اٹھا لینے اور جیب میں ڈال لینے کی تحریک کے لئے کافی ثابت ہو۔ ممکن ہے کہ یہ کام اس طور سے کیا جائے کہ خفیہ چوری سے مشابہ ہو لیکن اکثر اوقات یہ فعل اخفائی کوشش کے بغیر سرزد ہوتا ہے۔ کالمین (Colman) نے ایک مثال دی ہے کہ ایک آدمی کو صرع صغیر (petit mal) کا حملہ ایک آہنگر کی دکان کے اندر ہوا اور وہ ہر ایک بازو پر کوئلہ کا ایک برتن رکھکر قصداً دکان سے باہر چلا گیا۔

صرع صغیر (petit mal) کے حملہ کے زیر اثر مریض ایک اور رجحان بھی ظاہر کرتا ہے جو اس کو قانون کی گرفت میں لاتا ہے۔ وہ یہ ہے کہ اس پر پیشاب کرنے کی خواہش مسلط ہو جاتی ہے اور وہ ماحول کی پرواہ نہ کرتے ہوئے اپنا پاجامہ کھول دیتا ہے اور اس فعل کو قصداً اور سرباز انجام دیتا ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسے اپنے بدن کو ناشائستہ طور پر عریاں کرنے کے الزام میں گرفتار کر لیا جاتا ہے۔ کولمین[1] (Colman) نے ایک عورت کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس کو ایک تفریح عام کے موقعہ پر صرع صغیر کا حملہ ہوا جس کی اثنا میں اس نے اپنے کپڑے

---

[1] The Lancet, 1890,

اٹھائے اور فوراً وہیں پیشاب کر دیا۔ چنانچہ اس کے دوستوں کو پولیس کو یہ یقین دلانے میں بہت مشکل پیش آئی کہ یہ فعل اوباشانہ ناشائستگی سے نہیں کیا گیا۔ کبھی مریض سر بازار کپڑے اتارنے شروع کر دیتا ہے۔ گوورس (Gowars) نے اس کی توجیہہ اس مفروضہ کی بناء پر کی ہے کہ مریض کو حملہ کے بعد علالت کا احساس ہوتا ہے اور کسی وجہ سے اسکو بستر پر جانیکی ضرورت کا ایقاظ ہوتا ہے۔

صرعی دورہ کے بعد بالعموم ایک کیفیت واقع ہوتی ہے جو کہ نسیان قہقری کہلاتی ہے۔ یعنی مریض، حملہ سے کچھ زمانہ قبل کے کل واقعات بھول جاتا ہے۔ یہ کیفیت معمولی صرعی دورہ کے بعد، یا صرع صغیر کے حملہ کے بعد بھی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک فرد کے بیشمار دوروں میں سے یہ صرف ایک ہی دورے میں واقع ہو۔ سیگلاس[1] (Seglas) نے ایک مثال بیان کی ہے کہ ایک نوجوان آدمی کو جبکہ وہ رات کا کھانا کھا رہا تھا، صرع کا دورہ ہوا۔ جب اُسے ہوش آیا تو معلوم ہوا کہ حملہ سے پہلے کی صبح کے واقعات اسے مطلق یاد نہیں ہیں۔ اس نے کتب خانہ میں کتابوں کو ترتیب دیا تھا، کچھ خطوط لکھے تھے اور کئی ملاقاتیں کی تھیں، یہ تمام افعال اس کی یادداشت سے ہمیشہ کیلئے مکمل طور پر محو ہو گئے تھے۔ مریض کو اس سے قبل کئی صرعی حملے ہو چکے تھے لیکن وہ نسیان قہقری میں کبھی مبتلا نہ ہوا تھا۔ مدت نسیان سابقہ دو ایک گھنٹہ سے لیکر دنوں بلکہ ہفتوں پر مشتمل ہو سکتی ہے۔ یہ کیفیت عارضی ہو سکتی ہیں یا مستقل۔

ممکن ہے کہ قشری تخرج جو معمولی حالات میں صرع کا حملہ اور جسمی تشنجات پیدا کرتا ہے، بظاہر تمام تر جذباتی مراکز پر ہی صرف ہو جائے، اس سے مانیائی ہیجان کی کیفیت پیدا ہو، اور یہ اس کیفیت سے مشابہ ہو جو کہ معمولی صرعی دورہ کے بعد کبھی واقع ہوتی ہے، اور پیشتر بیان کی جا چکی ہے، فرق یہ ہے کہ اسکے ساتھ معمولی دورہ نہیں ہوتا۔ اس طور سے ماؤف افراد نہایت ہی وحشیانہ تشدد آمیز افعال کا ارتکاب کرتے ہیں، لیکن اس وقت ان کو اس امر کی بالکل پرواہ نہیں ہوتی کہ دوسروں کو وہ کیا نقصانات پہنچاتے ہیں، یا ان کو خود کیا نقصان اٹھانا پڑتا ہے۔ جنون کی کوئی حالت اس سے زیادہ خطرناک نہیں ہو سکتی۔ اس کی دو وجہیں ہیں۔ اولاً یہ کہ اس کیفیت کے زیر اثر، فرد ممکن ہے ذرا پہلے بالکل صحیح الحواس ہو، لہٰذا وہ ہر اس پہلے شخص پر جو اس کے سامنے آ جائے بلا روک ٹوک حملہ کرنے کے لئے آزاد ہو۔ ثانیاً

[1] Annales d'Hygiene. 1897.

289

یہ کہ اس کے ناقابل ضبط غیظ و غضب کی کچھ انتہا نہیں ہوتی، اور جب وہ اپنے شکار کے پیچھے پڑ جاتا ہے، تو نتائج سے بے پرواہ ہو جاتا ہے۔ یہ کیفیت بعض اوقات مستور صرع کہلاتی ہے۔ اس اصطلاح کا اطلاق ایسی بے ہوشی کی حالت پر بھی کیا جاتا ہے جس میں خود رو افعال کئے جاتے ہیں اور تشدد نہیں کیا جاتا۔

مجنون کا شلل عمومی

یہ مرض، عورتوں کی بہ نسبت، مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ اس کے موضوع بالعموم طاقتور اور تن آور ہوتے ہیں اور عالم شباب میں ہوتے ہیں یعنی ۳۵ سے ۴۰ سال کی عمر تک کے ہوتے ہیں۔ سوداوی مزاج کے آدمی کی بہ نسبت، دموی مزاج کے آدمیوں کے مبتلا ہونے کا زیادہ احتمال ہے۔ یہ مرض غالباً سوسائٹی کے اعلیٰ طبقات کی بہ نسبت، ادنیٰ میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ واقعات کی ایک بہت بڑی اکثریت میں آتشک کی سرگذشت پائی جاتی ہے، غالباً آتشک ہمیشہ اس کا پیشرو ہوتا ہے۔ اسباب محرکہ حسب ذیل ہیں۔ طویل ذہنی بار، بالخصوص جب اس کے بعد میں کوئی مایوسی ہو۔ نظام عصبی کو صدمہ ہوتا جیسا کہ کسی خانگی یا کاروباری تکلیف کے یکایک ہو جانے سے واقع ہوتا ہے۔ ان سے کمتر اوقات، طبیعی نوعیت کے وہ دماغی اختلالات جو میکانی تضرر یا ضربۃ الشمس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

علامات کو نفسی اور طبیعی اقسام میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ جب مرض تمثیلی شکل میں موجود ہوتا ہے تو یہ دونوں اقسام نہایت ہی ممیز ہوتی ہیں۔

جنون کی دوسری اشکال کی طرح اس میں بھی ایک ابتدائی درجہ پایا جاتا ہے۔ اس درجہ مرض میں ممیز نوعیت کے خاص خط و خال پائے جاتے ہیں۔ ایک تنا ور صحتمند دموی مزاج کا شخص اس چیز کا جسے "صحبت" کہتے ہیں، یعنی خوب کھانے پینے کا شوق رکھتا ہے۔ وہ معمولی سے زیادہ خوش مزاج اور پُرگو ہو جاتا ہے۔ اس کے دوست خیال کرتے ہیں کہ یہ شخص حد سے زیادہ شراب خواری کر رہا ہے، اور حقیقت میں اس کی حالت اس طرح کی ہوتی ہے جو کہ اس قسم کی بے اعتدالی سے پیدا ہوتی ہے۔ مریض

ان لوگوں کے ساتھ جن سے اس کی ذرا سی بھی آشنائی ہو، اسقدر بے تکلف ہو جاتا ہے کہ وہ تنگ آجاتے ہیں۔ مثلاً وہ ملاقات کے لئے ان کے مکان پر جاتا ہے، اور اپنے خانگی معاملات کے متعلق طویل تقریر سے ان کی سمع خراشی کرتا رہتا ہے۔ اپنے آپکے متعلق، اپنے خاندان اور اپنے مال و دولت کے متعلق، وہ خود پسندانہ لہجہ میں گھنٹہ گھنٹہ گفتگو کرتا رہتا ہے۔ وہ خلاف تہذیب افعال کرنے کی طرف مائل رہتا ہے اور یہ اس کی انتہائی خود اطمینانی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ وہ کسی کنبہ کے ہاں، یا کسی ایسے فرد کے ہاں جس سے اس کی فقط صاحب سلامت ہوتی ہے، بن بلائے دسترخوان پر موجود ہوجاتا ہے۔ وہ بہت فراموش کن ہو جاتا ہے، اپنے وعدوں سے بے پرواہ ہو جاتا ہے، اور اس کی روزمرہ کی عادات بے قاعدہ ہو جاتی ہیں۔ ایک ابتدائی علامت جو کہ اس کی صحیح الحواسی کے متعلق سب سے پہلے اس کے دوستوں کے دل میں شک پیدا کرتی ہے، یہ ہے کہ وہ بے کار اشیا خرید کرنے میں اسراف کا اظہار کرتا ہے۔ مثلاً وہ ایسی گھڑی (watch) دیکھ پاتا ہے جو اس کے دل کو اچھی لگتی ہے، اور نصف درجن گھڑیاں خرید کر لیتا ہے۔ وہ تاجر لوگوں سے ہر قسم کے سامان کی فرمائش کرتا ہے اور بعض اوقات اپنی ضروریات اور آمدنی سے بہت بڑھکر فرمائش کرتا ہے۔ مال کی حرص احمقانہ چوریوں سے ظاہر ہوتی ہے چنانچہ اخفا کی کوشش کئے بغیر ان کا ارتکاب کیا جاتا ہے۔ غصب کردہ اشیاء ہمیشہ تو نہیں لیکن اکثر اوقات بیکار ہوتی ہیں۔

صنفی رجحانات بالعموم اپنی قوت کا مظاہرہ اس طور سے کرتے ہیں کہ اس سے اخلاقی ضبط کا فقدان ظاہر ہوتا ہے۔ وہ آدمی جو شلل عمومی کے ابتدائی درجہ میں ہوتا ہے، کسی عورت پر نہایت ہی بے پروائی سے ناشایستہ حملہ کر دیتا ہے، بغیر کسی قسم کی مکاری کے جو کہ دوسرے اشکالِ جنون میں ظاہر کی جاتی ہے۔ وہ بظاہر اس فعل کو کرنے میں کسی شہوانی سوق سے مجبور نہیں ہوتا، بلکہ چونکہ موقعہ موجود ہوتا ہے لہٰذا وہ محض اضطراراً اس سے فائدہ اٹھاتا ہے اور نتائج کا خیال نہیں کرتا، بالکل اسی طرح جس طرح کہ وہ بے وقوفی سے چوری کا ارتکاب کرتا ہے۔ اس سے کم قابل اعتراض یہ امر ہے کہ وہ صنفِ نازک کی طرف اس طرح اپنے میلان کا اظہار کرتا ہے کہ ایک ہی دن میں بہت سی عورتوں کے سامنے شادی کی تجویز کرتا ہے۔ بظاہر یہ احمق پن

290

بہت کچھ ضعف حافظہ پر اور صنفی جذبات کی تحریک پر منحصر ہوتا ہے ۔ تاہم غیر مشتبہ چنچل پن کا رنگ بھی موجود ہوتا ہے، جو کہ شہوانی گفتگو کے رجحان سے مترشح ہوتا ہے ۔

حافظہ کی قوت اور توجہ کو مرکوز کرنے کی قوت ایک خطرناک حد تک مرض کے ابتدائی درجہ ہی میں ضائع ہو جاتی ہے ۔ ذہن تیتری کی مانند ایک چیز سے دوسری چیز کی طرف منتقل ہوتا ہے، اور جس چیز پر سب سے آخر میں جمتا ہے وہ چیز اس وقت کے لئے اپنی پیشرؤوں کو خارج کر دیتی ہے ۔ حافظہ کا امتحان کرنے کا ایک عمدہ طریق یہ ہے کہ مریض سے ایک خط لکھوایا جائے ۔ اگر مرض ذرا بھی ترقی یافتہ ہو، تو مریض الفاظ کو، بالخصوص چھوٹے الفاظ مثلاً حروف جار اور حروف تنکیر کو حذف کرتا ہے ۔

اب تک تو صرف یہ تھا کہ مریض کی روش طرح طرح کے قابل مذمت افعال سے متصف تھی، جو کہ زیادہ تر اپنی حماقت کی وجہ سے قابل ذکر تھے، اور صریح جنون کی کوئی قطعی امارت نہیں پائی جاتی تھی ۔ موجودہ درجہ مرض میں سب سے پہلے طبیعی علامات نظر آتی ہیں ۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ علامات اس سے جلد تر ظاہر ہوں جبکہ ابھی ذہنی حالت اس درجہ تک ترقی یافتہ نہ ہوئی ہو یا ممکن ہے کہ علامات تاخیر پذیر ہو جائیں ۔ سب سے پہلی علامت مریض کی گفتار سے حاصل ہوتی ہے شلل عمومی کے ابتدائی درجہ میں مریض اپنے الفاظ کو یا بعض الفاظ کو گڈمڈ کر دیتا ہے اس طرح جس طرح کہ کسی قدر شراب سے متاثر شخص کرتا ہے ۔ لکنت کے بجائے زیادہ تامل پایا جاتا ہے ۔ گویا نطق سے متعلق عضلات ٹھیک طرح ہم آہنگ نہیں ہوتے ۔ بات کرتے وقت ہونٹ کانپتے ہیں، اور ایک ایسا منظر پیش کرتے ہیں جس کی بکنل (Bucknell) نے بجا طور پر اس شخص کے منظر کے ساتھ تشبیہ دی ہے جو پھوٹ کر رونے کو تیار ہو ۔ اگر زبان باہر نکلی ہوئی ہو، تو غالباً اس کے عضلات میں ریشکی رعشے نظر آئیں گے ۔ پتلیوں کی جسامت بسا اوقات غیر مساوی ہوتی ہے یا یہ انتہا درجہ سکڑی ہوئی یا معتد بہ حد تک پھیلی ہوئی ہوتی ہیں ۔

جوں جوں مرض بڑھتا جاتا ہے ذہنی علامات کی شدت بھی بڑھتی جاتی ہے ۔ مریض کی افتخار آمیز باتوں کے ساتھ ساتھ بعض اختباطات پائے جاتے ہیں اور ان کا

رجحان بھی افتخار آمیز ہوتا ہے۔ مریض خود کو دوسرے لوگوں سے زیادہ عقلمند، زیادہ طاقتور اور زیادہ دولتمند تصور کرتا ہے۔ اس کی دولت کئی کروڑ پونڈ تک ہے، انگلستان کے ضلع ضلع میں اس کی دیہاتی قیامگاہیں ہیں، وہ تیزترین گھوڑے سے بھی پیادہ پا بازی لیجا سکتا ہے۔ اس کے ذہن میں نئے سے نیا اختباط پیدا ہوتا ہے۔ لیکن جب وہ کسی خیال کی طرف لوٹتا ہے تو اس خیال کے اظہار میں ترمیم یا تبدیلی کردیتا ہے۔ کچھ زمانہ کے بعد وہ دوسرے تعلی آمیز خیالات کیطرف رجوع ہوتا ہے۔

اگر اس کے بیانات کی لغویت اس پر باصرار ظاہر کی جائے، تو وہ ان کی تائید کرنیکی یا ان کو حق بجانب ثابت کرنیکی کوشش نہیں کرتا۔ بلکہ مخالفت کی پروانہ کرتے ہوئے بڑ بڑاتا چلاجاتا ہے۔ لہذا وہ مالیخولیا کے مریضوں یا دوسرے مجنون مریضوں سے مختلف ہوتا ہے کیونکہ وہ اپنے اختباطات پر قایم رہتے ہیں، اور اپنی باتوں کی صداقت پر اصرار کرتے ہیں۔ اس وقت حافظہ اس قدر کمزور ہوجاتا ہے کہ مریض اپنے خیالات کا موازنہ کرنے کے ناقابل ہوجاتا ہے، اور وہ اپنے بیانات میں ذراسی بے آہنگی کا بھی ادراک نہیں کرسکتا۔ وہ اپنے خیالات کے متعلق یہی سمجھتا ہے کہ یہ حقیقت کا اظہار کرتے ہیں۔ جب وہ اپنے دلیرانہ کاموں کو دہراتا اور اپنے وسیع مقبوضات کو گنتا ہے، تو اس کا چہرہ وجد سے تمتما اٹھتا ہے۔ حالت سکون میں چہرہ کا منظر ایک نیم مجنون شخص کے منظر، یعنی بے جذبہ اور احمقانہ منظر کی عین مند ہوتا ہے۔ پھر مریض کی گفتگو صاف طور پر ناقص ہوجاتی ہے، اور بعد میں غیر ممیز اور ناقابل فہم ہوجاتی ہے۔

اس مرحلہ سے پہلے، بعض اوقات بہت ہی پہلے، مریض صرع نما دوروں میں مبتلا رہ چکا ہوتا ہے، جو محض "غشی" (صرع صغیر) سے لیکر خوب نمایاں تشنجات تک، اور حتیٰ کہ صادق صرعی حملوں تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات مریض کی پسلیاں مکسور ہوجاتی ہیں، لیکن اس کو بالکل خبر نہیں ہوتی۔ اس کی وجہ ایک تو یہ ہے کہ ہڈیوں میں پرورشی تغیرات سے ایک غیر فطرتی مکسوریت پیدا ہوجاتی ہے، اور دوسرے یہ کہ عدم حساسیت سے درد کا ادراک کند ہوجاتا ہے۔

آخری درجہ حماقت (dementia) اور شلل کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض

ذرا اور مدت تک اس قابل رہے کہ سہارا لیکر خوب نمایاں عدیم التساق چال سے لڑھکتا پھرے۔ لیکن اس کے بعد وہ صاحب فراش ہوجاتا ہے، اور زانوؤں کو شکم کے ساتھ ملائے ہوئے، ایک مشلول جسم اور مشلول ذہن کیساتھ پڑا رہتا ہے، تاآنکہ وہ مرجاتا ہے۔ مرض کی مدت چند ماہ سے لیکر تین یا شاید ۵ سال تک اختلاف پذیر ہوتی ہے تنزل عمومی کی استثنائی اشکال۔ ابتدائی درجہ میں اور شاذونادر ابتدائی درجہ کے بعد مریض کی حالت غلو آمیز ہونے کی بجائے مالیخولیائی (melancholic) ہوتی ہے۔ معمولی قسم کے مرض میں ممکن ہے کہ طبیعی علامات کے نمودار ہونے کے جلد ہی بعد مریض کی زندگی کا خاتمہ ہوجائے، سانکی[1] (Sankey) نے بیان کیا ہے کہ ان اصابتوں کی علامات، حاد التہاب سحایا کی علامات سے مشابہ ہوتی ہیں۔

اصابتوں کی ایک محدود تعداد میں فترات واقع ہوتے ہیں، اور مریض کے دوست کچھ زمانہ تک یہ سمجھتے ہیں کہ وہ صحتیاب ہوگیا ہے۔ بلینڈ فورڈ[2] (Blandford) نے بیان کیا ہے کہ اس نے جسمانی اور ذہنی علامات کو حیرت انگیز طور پر زائل ہوتے دیکھا ہے، یہ بہتری کچھ مدت تک قایم رہتی ہے۔ اس نے ان اصابتوں میں بعض ایسی دیکھی ہیں کہ جن کو یقیناً ایک جیوری کبھی پاگل قرار نہ دیتی۔ بعض مریضوں کے اختباطات غائب ہوجاتے ہیں، اور بعض ان اختباطات سے انکار کرنے اور ان کو چھپانے کے قابل ہوجاتے ہیں۔ اگر ایسے مریض ذہنی مشقت کرنے سے باز رہیں تو رفتہ رفتہ تنزل اختیار کرتے ہیں، اور حاد علامات نہیں عود کرتیں۔ لیکن اگر وہ اپنے گذشتہ دھندوں میں مصروف ہونے کی کوشش کریں تو حاد علامات عود کر آتی ہیں، اور نکس مرض جلد از جلد ہلاکت پر منتج ہوتا ہے۔

تسممی جنون

جنون الکحالی

الکحل سے پیدا شدہ ذہنی فتور حاد ہوتا ہے یا مزمن۔ حاد الکحالیت

---

1. Lectures on Mental Diseases, 1884
2. Insanity and its Treatment, 1884

(alcoholism) دو اقسام میں تقسیم ہو سکتی ہے۔ ہذیان سکاری (ebriosum) اور ہذیان ارتعاشی (tremens)۔

ہذیان سکاری یعنی حاد الکحالی ہذیان۔ یہ ایک مانیائی ہیجان کی کیفیت کا نام ہے جو کہ الکحل کے کثرت استعمال کا براہ راست نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ بالعموم شراب کے دور کے بعد فوراً رونما ہوتی ہے۔ کثرتِ استعمال سے ضروری یہی مراد نہیں کہ کثرت مقدار بھی ہو چنانچہ بعض لوگوں میں مختلف وجوہات مثلاً متوارث خاصہ ذاتی سابقہ صدمتہ الشمس یا سر کے ضربی تضرر کی وجہ سے دوسروں کی بہ نسبت الکحل کی ہیجان انگیز تاثیر کے لئے زیادہ اثر پذیری پائی جاتی ہے۔ لہٰذا وہ مقدار جو کہ وافر خیال کیجا سکتی ہے، ایک اختلاف پذیر کمیت ہے۔ جب الکحل کی تاثیر سے ہذیانی طور پر ہیجان میں آنے کا قوی میلان موجود ہوتا ہے تو استعمال کردہ مقدار نسبتاً قلیل ہوتی ہے یا شراب کے دورہ اور ہذیان کے درمیان ایک یا زیادہ دن کا وقفہ پایا جاتا ہے۔ شراب پینے پر بعض لوگوں میں اسی وقت اکثر ایک متوحش ہیجان پیدا ہو جاتا ہے، حاد ہذیان اس کے فوراً بعد رونما ہوتا ہے۔ یا اسی کا تسلسل اور مبالغہ آمیز صورت ہوتی ہے۔ اس کیفیت میں جارحانہ قسم کا ہیجان پایا جاتا ہے جس کے ساتھ ستائے جانے یا تشکک کے اختباطات ہوتے ہیں۔ مریض بالعموم شور و غوغا کرتا ہے، اور اصرار کرتا ہے کہ کوئی اسے ضرر پہنچانے کی کوشش کر رہا ہے، اس کی بیوی بے وفا ہے جن لوگوں نے اس پر ظلم کیا ہے وہ ان کو مار ڈالیگا۔ بالعموم وہ اس قدر رتند ہوتا ہے کہ اسکی نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کو اس قسم کے توہمات نہیں ہوتے جو کہ ہذیان ارتعاشی (tremens) میں پائے جاتے ہیں، یعنی چوہوں اور کیڑوں کے توہمات، بلکہ وہ آوازیں سنتا ہے جو اس پر جرائم کا الزام لگاتی یا اس کے چال چلن کے بارے میں اسکو بدنام کرتی ہیں۔ اس کو احشائی نوعیت کے احساسات ہوتے ہیں۔ اور وہ کہتا ہے کہ یہ احساسات، اس کے ستانیوالوں کے پیدا کئے ہوئے ہیں۔ اس کی زبان گندی ہوتی ہے، اور تپش ایک دو درجہ بلند ہوتی ہے۔ اگر جنون کا قوی میلان نہ پایا جائے تو چند دن میں ہیجان زائل ہو جاتا ہے۔ اگرچہ ممکن ہے کہ توہمات کچھ مدت بعد تک باقی رہیں۔

ہذیان ارتعاشی (delirium tremens)۔ ممکن ہے کہ یہ شراب کے

دورہ کی اثنا ہی میں رونما ہو جائے، یا دورہ کے اختتام کے چند دن بعد رونما ہو۔ مریض
سو نہیں سکتا، اور اگر سوتا بھی ہے تو خوفناک خواب دیکھتا ہے جو اُسے بیداری کے
وقت بھی پریشان رکھتے ہیں۔ اوّل اوّل تو وہ اپنا معمولی کام کاج کرنے کے لئے
لرزہ براندام اور فکرمند رہتا ہے۔ بعدازاں وہ بے چین اور اشتعال پذیر ہو جاتا ہے،
اور بڑبڑاتا ہوا اِدھر اُدھر بیکار پھرتا رہتا ہے، لیکن بظاہر عدیم الفرصت معلوم ہوتا
ہے۔ اگر اسکو مخاطب بھی کیا جائے تو ایک آن کی آن بات پر کان دھرتا ہے، پھر کسی غیر متعلق مضمون
کی طرف، اور غالباً اپنے کام کی سمت متوجہ ہو جاتا ہے۔ خود بخود بدبداتا ہے، پھر رک کر
کسی خیالی آواز پر دھیان دیتا ہے، اور اس کا جواب دیتا ہے۔ وہ نہایت ہی بدظن
ہوتا ہے، اور چاروں طرف نگاہ دوڑاتا رہتا اور کان دھرتا رہتا ہے۔ وہ ہر وقت
بستر کو نوچتا رہتا، اور کپڑوں کو اچھالتا رہتا ہے۔ اس کو اپنے بستر اور
دیواروں پر بھاگتے ہوئے چوہے اور چوہیاں اور رینگتی ہوئی چیزیں دکھائی دیتی
ہیں، جن کا تعاقب کرنے یا جنکو ہاتھ سے پکڑنے کی وہ کوشش کرتا ہے۔ وہ کسی دور مقام
پر اپنی نگاہ جماتا ہے، اور کسی موہوم چیز کی حرکت کی جانب دیکھتا رہتا ہے،
یہاں تک کہ وہ چیز اس کے بستر تک پہنچ جاتی ہے، پھر وہ بستر پر سے کود پڑتا
ہے، اور تذبذب آمیز ہیجان کی حالت میں اور اس چیز سے بچنے کی خاطر وہ بھاگ اٹھتا ہے۔
وہ ہر وقت بستر کو اٹھا اٹھا کر اور پردوں کو ایک جانب ہٹا ہٹا کر دیکھتا رہتا
ہے کہ کہیں دشمن تو گھات میں بیٹھے ہوئے نہیں ہیں۔ وہ تعلّی آمیز اور زندر روش
کے ساتھ ساتھ ایذ دلانہ طبیعت کا اظہار بھی کرتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ اجنبیوں
کے قوی اخلاقی برتاؤ سے تو مطیع ہونے کا امکان رکھتا ہے، لیکن جب اس کی
بیوی یا اس کے گھر کے لوگ اس کو روکنے کی کوشش کرتے ہیں تو وہ ان سے
قطعاً غیر متاثر رہتا ہے۔ خودکشی کی طرف رجحان پایا جاتا ہے، یہ اکثر اوقات
ایسے مریضوں میں رونما ہوتا ہے جن میں نمایاں درجہ کا ہذیان ظاہر ہوا ہو۔
ہذیان ارتعاشی (tremens) کی زیادہ ہیجان پذیر اقسام میں ممکن ہے کہ قتل کا
ارتکاب کیا جائے۔ عام حالات میں مرض دو تین دن تک رہتا ہے، اور گہری گھنٹہ
کی نیند پر ختم ہوتا ہے۔

292

جنونِ الکحالی مزمن (chronic alcoholic insanity)۔ یہ الکحالی مشروبات کے طویل کثرتِ استعمال کے بعد پیدا ہوتا ہے۔ اس میں محیطی التہاب اعصاب سے پیدا شدہ حسی اور حرکی فتور پائے جاتے ہیں جو جنون کی اس شکل کو ایک امتیازی خصوصیت بخشتے ہیں۔ ذہنی کیفیت ترقی پذیر ضعف کی ہوتی ہے۔ حافظہ جواب دیدیتا ہے، اور توجہ مرتکز کرنے کی قوت کم ہو جاتی ہے، تاآنکہ مریض احمق بن جاتا اور اپنے گرد و پیش کے لوگوں سے بے پرواہ ہو جاتا ہے۔ وہ اپنی وضع قطع کے متعلق غفلت برتتا ہے، اور میلے کچیلے بے ترتیبی سے پہنے ہوئے کپڑوں کے ساتھ چلتا پھرتا ہے۔ بعد ازاں وہ **اختباطات** ظاہر کرنے لگتا ہے، یہ توہمات پر مبنی ہوتے ہیں جو اکثر سماعی ہوتے ہیں۔ اس کو ایسا سنائی دیتا ہے کہ لوگ اس کے متعلق بری باتیں کہہ رہے ہیں یا اسکو جسمانی ضرر پہنچانے کی کوشش کر رہے ہیں، یا وہ آوازوں کو لگاتار نفرت انگیز اشارے کرتے ہوئے سنتا ہے۔ بصری توہمات جو کہ ہذیان ارتعاشی (tremens) کی امتیازی خصوصیت ہیں، وہ مزمن الکحالی جنون میں بہت ہی کم ہوتے ہیں۔ کبدی یا معدی فسادات بھی جو الکحل کے طویل کثرتِ استعمال سے پیدا ہوتے ہیں، اختباطات پیدا کرتے ہیں، مثلاً یہ کہ معدے کے اندر زندہ جانور ہیں، یا یہ کہ فرد کو مخفی طور پر زہر دیا جا رہا ہے۔ محیطی التہاب اعصاب سے پیدا شدہ فسادات حسی کی بھی اسی طور پر غلط تاویل کیجاتی ہے۔ مریض اعلان کرتا ہے کہ وہ لوگ جو اس کے خلاف سازش کیا کرتے تھے اسے برق کے ذریعہ ایذا پہنچا رہے ہیں۔ انیسویں صدی کے آخری نصف میں عوام الناس کے تخیل میں ایک خاص سمت میں تغیر ہوا ہے اور اس تغیر کی ایک امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ مجنونوں میں لمسی اور دیگر احساسات پر مبنی جو اختباطات پائے جاتے ہیں، مریض ان کو تقریباً ہمیشہ برقی اثر کی جانب منسوب کرتے ہیں۔ انہی اختباطات کو زمانہ ماضی میں بھوت پریت کے اثر کی جانب منسوب کیا جاتا تھا۔ مزمن الکحالی جنون میں مبتلا مریض ایسے اختباطات کی جانب مائل ہوتے ہیں جو اعضائے صنفی سے متعلق ہوتے ہیں۔ وہ یہ باور کرتے ہیں کہ کھانے میں زہر دے کر یا پُراسرار طور پر برق لگا کر ان پر ایسا عمل کیا جا رہا ہے جس سے انھیں نقصان پہنچانا اور ان کی صنفی قوت کو برباد کرنا مقصود ہے۔ اس سلسلہ میں

ایک اور کثیر الوقوع اختباط یہ ہے کہ مریض باور کرتا ہے کہ اس کی بیوی بے وفا ہے، جو اس سے گلو خلاصی کرانے کے لئے کسی سے سازش کر رہی ہے۔

زیادہ تشاذ طور پر یہ ہوتا ہے کہ مزمن الکحالی جنون میں علو آمیز نوعیت کے اختباطات ہوتے ہیں، جو شلل عمومی کے اختباطات سے قوی مماثلت رکھتے ہیں ۔ لبا اوقات یہ اتنے ہی بلند پرواز بھی ہوتے ہیں (چنانچہ مریض خیال کرتا ہے کہ وہ بے انتہا دولت کا مالک ہے، یا یہ کہ وہ اقانیم تثلیث میں سے ایک اقنوم ہے)۔ لیکن ان اختباطات کے ساتھ وہ بے بنیاد اطمینان نفس جو کہ شلل عمومی کا خاصہ ہے نہیں پایا جاتا۔ ہمیشہ کسی شخص یا اشخاص کی نیت کے متعلق عدم اعتماد کی ایک مخفی رو موجود رہتی ہے۔

293 طبیعی علامات حسی اور حرکی اختلالات پر مشتمل ہیں، جو کہ التہاب اعصاب محیطی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ الکحالی کثرت استعمال سے پیدا شدہ نفسی اور طبیعی علامات کے درمیان کوئی مستقل نسبت نہیں ہوتی ممکن ہے کہ ترقی یافتہ درجہ کا شلل موجود ہو اور ذہنی انحطاط بہت ہی تھوڑا ہو۔ حسی اختلالات، خاص طور پر ٹانگوں کے عضلات کی انتہائی الیمیت کی شکل اختیار کرتے ہیں، اور ذرا سا دباؤ بھی شدید درد کا موجب ہوتا ہے۔ عصبی تنے متورم، اور دبانے پر الیم پائے جاتے ہیں۔ مختلف قسم کے حسی فسادات بھی پائے جا سکتے ہیں۔ پاؤں میں جلن کا احساس خاص طور سے تکلیف دہ ہوتا ہے اور ابتدائی درجہ میں پنڈلیوں میں اینٹھن ایک عام امر ہے۔ حرکی علامات اول اول اس طرح ظاہر ہوتی ہیں۔ پیدل چلنے میں دقت، اور ٹانگوں میں کمزوری محسوس ہوتی ہے۔ چال اگرچہ بظاہر عدیم التناسق ہوتی ہے لیکن دراصل شللی ہوتی ہے۔ جب مریض بستر پر ہوتا ہے، تو اس کے ٹخنے اور پا انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں، اور ایڑیاں اوپر کو کھنچی رہتی ہیں۔ بعد ازاں کلائیاں بھی ساقط ہو جاتی ہیں۔ جوں جوں شلل ترقی کرتا جاتا ہے، مزید عضلات مبتلا ہوتے جاتے ہیں، بشمول ان عضلات کے جو تنفس جاری رکھنے کے لئے لازمی ہیں۔ لہذا موت واقع ہو جاتی ہے۔

کثرت سے شراب پینا جنون کا صرف سبب ہی نہیں بلکہ جنون کا نتیجہ

بھی ہو سکتا ہے۔ شراب پینے کے مرضی رجحان پر دلالت کرنے کے لئے مے مانیا (dipsomania) کی اصطلاح استعمال کی گئی ہے۔ گو کہ کثرت شراب خوری کی عادت کو وہ لوگ بھی بہت آسانی سے اختیار کر لیتے ہیں جن کو اس کی طرف کوئی خاص میلان نہیں ہوتا، تاہم ایسے غیر مشتبہ واقعات بھی ہوتے ہیں، جن میں یہ عادت براہ راست متوارث انتقال کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ یہ عادت اس جذباتی کیفیت اور اخلاقی ضبط کی کمی کا نتیجہ ہو جو ذہنی مرض کے کئی اقسام کی ابتدا کا خاصہ ہوتی ہے۔ نفس پر الکحل کے فوری اثرات کے علاوہ ایک مزید تغیر یہ واقع ہوتا ہے کہ فرد کا اخلاقی کردار پست ہو جاتا ہے، اس کا ضبطِ نفس جاتا رہتا ہے، اور وہ حق گوئی کا بالکل پاس نہیں کرتا۔ اپنی خواہشوں کو پورا کرنے کے لئے وہ ہر قسم کے فریب سے کام لیتا ہے، اور جب خود کو کسی مصیبت سے چھڑانا ہو، تو نہایت ہی شرمناک طور پر جھوٹ بولتا ہے۔ اس قسم کے لوگ اپنے خاندان اور عوام الناس کے لئے ایک بلائے بے درماں ہوتے ہیں۔

مارفیا کا عادتی استعمال، اخلاقی چال چلن پر اس سے بھی زیادہ پست کن اثر پیدا کرتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ کوئی مے مانیائی (dipsomaniac) کچھ عرصہ کے لئے سدھر جائے اور شراب سے توبہ کر لے، لیکن ایسا بہت شاذ ہوتا ہے کہ کوئی افیون کا عادی ارادتاً اس کا استعمال ترک کر دے۔ اس دوا کی خواہش اس قسم کی ہوتی ہے کہ طبیعی مزاحمت کے سوا مریض کو کوئی چیز روک نہیں سکتی اس عادت کے اثر کے تحت نہ صرف مرد بلکہ شائستہ کردار کی عورتیں بھی اپنی خواہش کی تکمیل کی خاطر ذلیل سے ذلیل بہانوں سے کام لیتی ہیں۔ اگر مارفیا کی عادت عرصہ دراز سے ہو، تو حافظہ کمزور ہو جاتا ہے۔ اول اول یہ کمزوری بے توجہی کا نتیجہ معلوم ہوتی ہے۔ مریض بے خیال ہوتا ہے، اور اپنے خیالات کو زیر بحث مضامین پر مرتکز کرنے کی زحمت گوارا نہیں کرتا۔ اس زمانہ میں اگر کوئی کافی ذہنی مہیج بروئے کار لایا جائے تو وہ زیادہ ذہنی کوشش کر کے اپنی کمزوری کو چھپانے کی اہلیت رکھتا ہے۔ بعد ازاں حافظہ کا فقدان حقیقی ہو جاتا ہے اور اس پر غلبہ حاصل نہیں ہو سکتا۔ اس درجہ میں توہمات عام طور پر موجود ہوتے ہیں۔ توہمات سے اختباطات پیدا ہوتے ہیں، جو کہ مزمن

الکحالی جنون کے اختلاطات سے مشابہ ہوتے ہیں۔ مارفیا کی عادت میں طبیعی علامات یہ ہوتی ہیں۔
لاغری۔ جب دوا کا اثر موجود نہ ہو تو لرزہ۔ بھوک نہ لگنا۔ متلون اشتہاء اور عضلی طاقت
میں کمی۔ ایک نہایت ہی معنی خیز علامت متوالی احشائی وجع العصب ہے، یہ
حصاۃ صفراوی کے گزرنے سے پیدا شدہ کرب سے مشابہ ہوتا ہے۔ معدی بحرانات
(جن پر صفراوی "حملوں" کا دھوکہ ہوتا ہے) عام ہوتے ہیں۔ مارفیا کی عادت کا استیصال
نہایت ہی محال ہوتا ہے۔ لیکن استیصال ہوچکنے کے بعد جو شفا ہوتی ہے، وہ بہ نسبت
اس شفا کے جو مزمن الکحالیت سے پیدا شدہ حالت میں ہوتی ہے زیادہ مکمل ہوتی ہے۔ اس کی
وجہ یہ ہے کہ اس میں وہ دماغی اور دوسرے انحطاطی تغیرات مفقود ہوتے ہیں،
جو مزمن الکحالیت کے ہمراہ پائے جاتے ہیں اور جو یقیناً مستقل ہوتے ہیں۔ اکثر ایسا
ہوتا ہے کہ لوگ افیون خوری کی عادت سے شفایاب ہوتے ہیں اور پھر شراب خوری
اختیار کر لیتے ہیں۔ اگر یہ عذر پیش کیا جائے کہ ذہنی کمزوری مسئولیت جرم کو زائل
کر دیتی ہے تو اس کو تقریباً وہی اہمیت دینی چاہئے کہ جو مزمن الکحالیت
کے عذر کو دی جاتی ہے۔

کوکین (cocaine)، جب عادتاً اور بہت عرصہ تک کھائی جائے، تو ذہنی
قویٰ پر تباہ کن اثرات پیدا کرتی ہے۔ اس بد عادت کی ابتدا بالعموم اس طرح ہوتی ہے کہ
اسے خارش یا درد کے ازالہ کے لئے ایک علاجی عامل کی حیثیت سے استعمال کیا جاتا ہے۔ 294
تھوڑے ہی عرصہ کے بعد عادت پڑ جاتی ہے، اور مریض بے پروا ہو جاتا ہے۔
اس کا جسم اور ذہن دونوں کمزور ہو جاتے ہیں، تاہم اس دوا کے استعمال کے
فوراً بعد کچھ زمانہ کے لئے ممکن ہے وہ مطمئن بلکہ خوش و خرم ہو۔ اس کی نیند متلون (fitful)
اور پر اضطراب ہوتی ہے۔ اشتہا جاتی رہتی ہے۔ وہ نہایت ہی مالیخولیائی
(melancholic) ہو جاتا ہے۔ ایذا رسی کے اختلاطات ہونے کا رجحان ہوتا ہے اور
وہ خودکشی کا ارتکاب کرنے کی جانب مائل ہوتا ہے۔ مارفیا کی طرح کوکین (cocaine) بھی حس اخلاقی
کا استیصال کر دیتی ہے اور اپنے شکار کو پایۂ اخلاق سے گرا کر ایک بے غیرت دروغ گو بنا دیتی ہے۔

مزمن تسمم سیسہ سے بعض داءات نفسی پیدا ہو سکتی ہیں۔ لیکن ان سے جو علامات
پیدا ہوتی ہیں، وہ ہمیشہ یکساں نہیں پائی جاتیں۔ سیویج[1] (Savage) نے ایک

[1] Insanity and Allied Neuroses; 1884

مریض میں حاد مانیا مشاہدہ کیا اور ایک دوسرے مریض میں ایسی علامات پائیں جو شلل عمومی کی علامات سے قریبی مماثلت رکھتی تھیں مصنف ہذا نے ایک مریض دیکھا جس میں انخفاض کے ہمراہ احتباطات تھے۔

وہ داآت نفسی جو جسمانی مرض کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ بہت سے جسمانی امراض ایسے ہیں جن کے ہمراہ ذہنی اختلال پایا جا سکتا ہے۔ مثلاً امراض طفحیہ (exanthemata) میں اور دوسری حاد کیفیات میں جن کے ہمراہ بلند درجۂ تپش پایا جاتا ہے، حاد ہذیان پایا جاتا ہے۔ کیفیات خستگی میں موت سے قبل بسا اوقات ہلکی بڑبڑاہٹ والا ہذیان پایا جاتا ہے۔ انفلوئنزا (influenza) کے حاد درجہ میں ہذیان پیدا ہو سکتا ہے۔ انفلوئنزا میں جب جسمانی علامات زائل ہو چکی ہیں تو ایک انخفاض کی حالت پائی جاتی ہے، جو کہ مالیخولیا میں تبدیل ہو جاتی ہے یا بعض اوقات اختلاطی جنون پایا جاتا ہے جس کے ساتھ ہیجان اور توہمات ہوتے ہیں۔ داء الرقص (chorea) میں اکثر اوقات خفیف علامات مثلاً کند ذہنی بے توجہی اور نسیان پایا جاتا ہے اور بعض مریضوں میں حاد اختلاطی جنون کے حملے واقع ہوتے ہیں۔ مخاطی اڈیما میں اکثر مریض سست اور سبات زدہ پایا جاتا ہے، اور بعض اوقات توہمات اور ہیجان کے ہمراہ اختلاط کے حملے ہوتے ہیں، جس کے بعد ممکن ہے ایک ذہول کی حالت طاری ہو جائے۔ بیش درقیت (hyperthyroidism) میں بے چینی ایک عام امر ہے۔ علاوہ ازیں ہیجان کے حملے ہوتے ہیں جن میں بے خوابی، توہمات، غذا کھانے سے انکار، اور تشدد پایا جاتا ہے۔ تسمم بولی (uræmia) میں ممکن ہے کہ ذہنی انتشار اور توہمات اور بے قراری پائی جائے۔ آتشک میں قطع نظر شلل عمومی مجنون کے جو کہ علیحدہ بیان کیا گیا ہے، اختلاطی جنون یا عتاہت بھی پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ دماغ کے عروق یا اغشیہ کے مبتلا ہونے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ دیگر امراض جن میں ذہنی علامات موجود ہو سکتی ہیں، یہ ہیں شریانی تصلب (arterio-sclerosis)، ذیابیطس (diabetes)، قلب یا پھیپھڑوں کا ترقی یافتہ مرض، اور شلل اہتزازی (paralysis agitans)۔ دماغ کا تضرر کسی خاص قسم کا ذہنی اختلال پیدا نہیں کرتا، لہذا ضربی جنون کا امتیاز قائم کرنا درست نہیں ہے۔ سر پر چوٹ لگنے کے بعد جو ذہنی اختلال واقع ہوتا ہے بالعموم

وہ ارتجاج کی صورت اختیار کرتا ہے اور اکثر مریض مکمل طور پر اچھے ہو جاتے ہیں۔ تاہم بعض اوقات مستقل تغیرات بھی واقع ہوتے ہیں، اور مریض چڑچڑے پن، اختلاط اور نسیان میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ یہ باور کرنے کے لئے وجوہات موجود ہیں کہ ضرب سے جنون کے دوسرے اشکال، مثلاً عمومی شلل مجانین یا مانیا کا آغاز جلد ہوتا ہے لیکن اس کے سب سے زیادہ خطرناک اثرات غالباً الکحالی موضوعات میں ظاہر ہوتے ہیں چنانچہ ان میں الکحالی جنون جلد پیدا ہوتا ہے۔

شیخوخی عتاہت

(SENILE DEMENTIA)

پیرانہ سالی کے ہمراہ شیخوخی عتاہت ہمیشہ نہیں پائی جاتی لہذا اسکا کوئی قاعدہ مقرر نہیں کیا جا سکتا کہ ذہن فعلیاتی انحطاط سے کب بگڑنا شروع ہوتا ہے۔ بعض آدمی بہت معمر ہونے تک بھی اعلیٰ درجہ کی ذہنی قوت برقرار رکھتے ہیں وہ اس امر کی تحیر خیز صلاحیت کا اظہار کرتے ہیں کہ وہ تجریدی استدلال کرتے ہیں اور نہایت ہی مخصوص معنوں والے الفاظ مثلاً اسمائے معرفہ کو، جو سب سے کم منظم ہونے کی وجہ سے سب سے جلدی تحلیل ہوتے ہیں، یاد رکھتے ہیں۔ اگر ان سے کم درجہ ذہنی طاقت کا آدمی ہو تو وہ اس سے دس بیس سال پہلے امارات تنزل ظاہر کرتا ہے، اور خیالات کا ربط کھو دیتا ہے۔ اگر عتاہت (dementia) کی امارات ساٹھ سال سے قبل رونما ہوں تو غالباً سن کے علاوہ کوئی اور سبب ہے جس نے دماغ کے تغذیہ میں خلل اندازی کی ہے نقص حافظہ بسا اوقات اس سے بھی بہت پہلے زمانہ میں رونما ہوتا ہے، لیکن اسوقت استدلالی قوا فعال رہتے ہیں۔ پہلے کی ذہانت کے مقابلہ میں کسی قدر کند ذہنی پایا جانا بسا اوقات عتاہت (dementia) کا پیش رو ہوتا ہے۔ اس درجہ میں ایک معتدبہ قابلیت رکھنے والا شخص ایک ایسے سوال کو جو تجریدی غور و فکر کا مقتضی ہوتا ہے، اور جو سابق میں اسے کبھی وقت نہ پیش کرتا فی الفور حل نہیں کر سکتا ہے لیکن اگر اس سوال کو لکھ دیا جائے اور مریض کو پرواہ ہو تو وہ اس کا صحیح جواب نکال لیگا بشرطیکہ اسے کچھ وقت تک اپنے

295

حال پر چھوڑ دیا جائے، گویا تجریدی استدلال کی قوت کند ہو جاتی ہے، لیکن معدوم نہیں ہوتی۔ مذکورہ صدر بیان کا اطلاق کم تربیت یافتہ ذہنوں پر بھی ہوتا ہے، اگرچہ اس قدر براہ راست نہیں لہذا مذکورہ بالا امور کو ان مریضوں کا امتحان کرتے وقت یاد رکھنا چاہئیے جن کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ ان میں بہت ذہنی کمزوری پائی جاتی ہے۔

جب عتاہت ایک ترقی کن سیر اختیار کر لیتی ہے۔ تو ذہنی سرحدیں آہستہ آہستہ سمٹ جاتی ہیں، لیکن سوائے ایک تدریجی عقلی تحلیل کے اور کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ بعض مریضوں میں وقفوں پر ہیجان یا انخفاض کی ہیئتیں رونما ہوتی ہیں۔ ضبط کا کم و بیش فقدان ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور اکثر اوقات مزاج میں چڑچڑا پن بھی ہوتا ہے۔ توہمات اور اختباطات عام ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ خودکشی کی جانب بھی رجحان پایا جائے۔ شہوانی اضطرار بھی پائے جاتے ہیں۔ بسا اوقات ان کی وجہ سے بوڑھے مرد نوجوان عورتوں کے ساتھ ناپاک برتاؤ کرتے ہیں۔

علاوہ ازیں ممکن ہے عتاہت معمولی جنون کی اقسام میں سے کسی ایک مثلاً مانیا یا مالیخولیا کے آخری درجہ کے طور پر ظاہر ہو، یہ **ثانوی عتاہت** کہلاتی ہے۔ اس کیفیت میں ذہنی کمزوری کی حالت بڑھتی جاتی ہے، یہاں تک کہ عقل بالکل جاتی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی ایسے تموجات بھی واقع ہوں جن سے اصل داء النفس کا پتہ چلتا ہے، مثلاً مریض وقفوں پر منخفض یا ہیجان پذیر ہو۔ عقل کا اقتدار زائل ہو جانے کی وجہ سے حیوانی رجحانات نمایاں ہو جاتے ہیں۔ یا مریض مجہولانہ انداز میں چپ چاپ رہتا ہے، لیکن اگر اسے دق کیا جائے، تو وہ مشتعل ہو جاتا ہے اور ایک لمحہ کے لئے جوش میں آ جاتا ہے۔

وہ جنون جو تناسل سے متعلق ہے

نفاسی حالت کے ہمراہ جنون کی کوئی معین شکل نہیں پائی جاتی۔ لیکن اگر کوئی عورت ذہنی اختلال کی جانب مائل ہو، تو اس کو حمل اور ولادت کے بار کی وجہ سے مانیائی انخفاضی جنون یا کسی دیگر داء النفس لاحق ہو جانے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے

اس نام نہاد نفاسی جنون میں بسا اوقات بعض مخصوص صفات بھی پائی جاتی ہیں۔ ان پر اس لحاظ سے غور کرنا موجب سہولت ہوگا کہ آیا وہ زمانۂ حمل میں رونما ہوتی ہیں، یا زمانۂ نفاسی میں یا زمانۂ رضاعت میں۔

جنون زمانۂ حمل میں۔ جذباتی اختلال زمانۂ حمل کی ایک معلوم اور معروف خصوصیت ہے۔ جنون کھانے کی چیزوں میں بہت ہی نمایاں رغبتوں یا نفرتوں سے اور بسا اوقات عمومی ذہنی حالت کی تبدیلی سے ظاہر ہوتا ہے۔ بعض عورتیں زمانۂ حمل میں ترش رو اور چڑچڑی ہوتی ہیں اور بعض بالعموم مطمئن رہتی ہیں خواہ کوئی عصبانی نقص موجود ہو یا خواہ کوئی قابل انکشاف متوارث رجحان نہ بھی پایا جائے، دونوں صورتوں میں یہ جذباتی اختلال اس حد سے متجاوز ہو جاتا ہے جو کہ ضبط نفس سے متطابق تسلیم کی گئی ہے، اور نمو پاکر حقیقی جنون بن جاتا ہے۔ زمانۂ حمل میں جنون شاذ ہے، اور جب واقع ہوتا ہے تو بالعموم تیسرے ماہ کے بعد واقع ہوتا ہے۔ اسکی نوعیت انخفاض کی ہوتی ہے جس میں خاوند اور (اور اگر مریضہ کثیر الولادت ہو تو) بچوں کی طرف سے شک اور نفرت پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ انخفاض مانیائی ہیجان کی کیفیات سے تبادل کرے یا حتیٰ کہ تمام تر اختلال غلو آمیز نوعیت کا ہو۔ ذہنی اختلال کے وقوع پذیر ہونے کا سب سے زیادہ امکان پہلے حمول (pregnancies) میں ہوتا ہے۔ خودکشی کی جانب قوی رجحان پایا جاتا ہے، اور ممکن ہے قتل کی جانب بھی رجحان ہو۔ مریضہ بالکل نہیں سوتی، اور توہمات اور اختباطات میں مبتلا رہتی ہے۔

296

جنون زمانۂ نفاسی میں جب جنون واقع ہوتا ہے تو بالعموم وضع حمل سے چودہ دن کے اندر اندر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کی سب سے کثیر الوقوع ہیئت غلو آمیز نوعیت کی ہوتی ہے۔ مریضہ کو دو ایک رات نیند نہیں آتی بعد ازاں وہ ہیجان پذیر ہو جاتی ہے اور معمول سے زیادہ باتیں کرتی ہے۔ وہ متلون المزاج ہوتی ہے۔ اپنے گرد و پیش کے لوگوں کو بلا وجہ ناپسند کرتی ہے۔ ممرضہ (nurse) سے متعدد چھوٹی چھوٹی فرمائشیں کر کے اسے جہاں تک ہو سکتا ہے دق کرتی ہے، اور پھر اس کی نا اہلیت کی شکایت کرتی ہے۔ وہ اپنے خاوند اور بچے سے کمال درجہ کی نفرت کا اظہار کرتی ہے۔ وہ طبیب سے یا تو بات ہی نہیں کرتی، یا بے محابا اس کے منہ پر گالیاں

دیتی ہے، یا اسے کسی بُرے لقب سے پکارتی ہے۔ وہ کھانا کھانے سے بضد انکار کرتی ہے، لہذا اسے جبراً خوراک دینے کی ضرورت پڑتی ہے۔ ہذیان جس کے ہمراہ اختباطات اور توہمات ہوتے ہیں، نہایت حاد ہوتا ہے، اور بسا اوقات فحش کلامی اور فحش حرکتیں اس کا خاصہ ہوتا ہے۔ ذہنی کیفیت عسلو کی ہونے کے بجائے انخفاض کی بھی ہو سکتی ہے جبکہ مریضہ نہایت درجہ مغموم ہوتی ہے۔ وہ کسی چیز کی طرف التفات نہیں کرتی، اور شاید کئی کئی دن تک چپ رہتی ہے۔ مذکورہ بالا دونوں اشکال میں خودکشی کا رجحان قوی طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے، اور چونکہ مریضہ کو خودکشی انجام دینے کیلئے ایک ایسا جابر اضطرار اکساتا ہے جو کہ نمایاں اختباطات سے پیدا ہوتا ہے، اس لئے ہمیشہ ایک ناگہانی ثوران کا اندیشہ رہتا ہے، حتیٰ کہ عارضی سکون کے زمانہ میں بھی اندیشہ ہوتا ہے۔ یہ بیان قاتلانہ رجحان پر بھی صادق آتا ہے۔ قاتلانہ رجحان نفاسی جنون میں بھی عام ہے اور بیشتر اس کا ہدف مریضہ کا بچہ یا بچے ہوتے ہیں۔ عورت کو اپنے بچہ کی جان لینے کی خواہش نہایت زبردست ہوتی ہے اور باوجودیکہ اس کی جبلت اس خواہش کی مخالفت کرتی ہے، وہ خود کو اس کی مدافعت کرنے کے ناقابل پاتی ہے۔ چنانچہ بعض اوقات وہ یہ کہتی ہے کہ بچہ کو اس سے دور رکھا جائے۔

جنون زمانۂ رضاعت میں وضع حمل سے تین یا چھ یا آٹھ ماہ بعد، یا اس سے بھی بعد پیدا ہوتا ہے۔ اس کا سبب دراصل عصبیت رلودگی (ener-vation) ہوتا ہے جس کے ساتھ غالباً عصبانی بار کی اساس پائی جاتی ہے۔ اگر ذہنی اختلال کا میلان موجود ہو، تو یکے بعد دیگرے حمل، وضع حمل اور رضاعت کے وقوع سے، یہ میلان آشکارا ہو جاتا ہے۔ رضاعتی جنون کی ابتدا بالعموم نیند کے فقدان، پستی طبیعت، اختباطی توہمات، بے چینی، اور چڑچڑاہٹ سے ہوتی ہے۔ یہ علامات بڑھ کر مالیخولیا سے مبدل ہو جاتی ہیں، خواہ مالیخولیا کے ہمراہ ہیجان کے ثورانات ہوں یا نہ ہوں۔ یا یہ ہوتا ہے کہ ما نیائی کیفیت کا غلبہ رہتا ہے۔ بیون لوئیس[1] (Bevan Lewis) بیان کرتا ہے کہ ہیجان کی زیادہ حاد اشکال کا غلبہ وضع حمل کے بعد کے تین ماہ

---

[1] A Text-Book of Mental Diseases, 1889

میں رہتا ہے۔ اسطرح ایذارسی کے اختیاطات اور ساتھ کی مالیخولیائی اداسی اور ملال کا غلبہ اس وقت ہوتا ہے جب ذہنی علامات خود کو پہلے پہل ظاہر کرتی ہیں یعنی وضع حمل سے چھ ماہ بعد خودکشی اور قتل کا اضطرار بہت ہی زبردست ہوتا ہے۔

ضعیف العقلی

ضعیف العقلی نموی ہوتی ہے یا علتی۔ ابلہی، سخافت اور شیخوخی غباہت پہلی قسم سے ہیں۔ اور غباہت اس وقت جب کہ یہ سادہ جنون کی کسی شکل کا آخری درجہ ہو یا جسلی دماغی اضرار سے پیدا ہو، دوسری قسم سے ہوتی ہے۔

ابلہی

ابلہی سے مراد ایک ایسی کیفیت ہے جس میں یا تو ذہنی نقص، خلقی ہوتا ہے، یا بعض ایسے اعمال سے پیدا ہوتا ہے جو پیدائش کے بعد، اور قوائے ذہنی کی نمویابی کے زمانہ سے قبل وقوع پذیر ہوتے ہیں۔ سخافت بھی اس سے کمتر درجہ کی مماثل کیفیت ہے۔ وکلا ان دونوں شکلوں کو فطرتی غباہت میں شامل کرتے ہیں۔ ابلہوں کو سرسری طور پر خرد سروں اور کلاں سروں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔

297 **خرد سر** یعنی چھوٹے سر کا ابلہہ خلقی نوع کا ہوتا ہے۔ آئرلینڈ نے بیان کیا ہے کہ سر کی جسامت سے ایک ابلہہ بچہ کی نسبتی ذہانت کا کوئی ثبوت حاصل نہیں ہوتا۔ لیکن اگر سر کا محیط ۱۷ انچ سے کم ہو تو ذہنی قوت کمزور ہوگی۔ **کلاں سر** یعنی بڑے سر کا ابلہہ زیادہ تر اس گروہ سے علاقہ رکھتا ہے جو کہ

Idiocy & Imbecility

پیدائش کے بعد ظاہر شدہ مرضیاتی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے، وہ امراض کہ جن کی طرف اس شکل کی ابلہی بالخصوص منسوب کی جاتی ہے کساح (؟)، آتشک اور استسقاء دماغی ہیں۔ دماغ کی بیش پرورد گی اور زیادہ خصوصیت کے ساتھ استسقاء دماغی خلقی بھی ہو سکتا ہے۔ بری (Bury) نے بتایا ہے کہ آتشک سے دماغ کی بالیدگی رک جاتی ہے کیونکہ ابتدائی عمر میں التہاب العظام کے باعث جمجمی ہڈیاں دبیز ہو جاتی ہیں، یا اغشیہ اور طبقات الشرائین دبیز ہو جاتے ہیں، یا قشرۃ الدماغ میں تصلب واقع ہو جاتا ہے لیکن یہ سب اسباب بالعموم پیدائش کے بعد عمل میں آتے ہیں۔ متوارث آتشک سے پیدا شدہ خلقی ذہنی نقص نسبتاً شاذ ہے۔ ابلہی کا آغاز ممکن ہے تشنجات سے ہو، یہ بسا اوقات دانت نکلنے کے وقت واقع ہوتے ہیں۔ ضربی تضرر سے مثلاً سر کے تضرر سے جو کہ بعض اوقات ولادت عسیرہ میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ سخافت اور ابلہی اور تشنجی یا فالج پیدا ہو جائے۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ غشائی نزف ہو کر قشرہ کے بعض حصص پر دباؤ پڑتا ہے اور وہ چپٹے اور مدبول ہو جاتے ہیں۔ ابلہی کے ساتھ صرع بھی پائی جا سکتی ہے۔ معمولی ابلہہ میں تالو تنگ اور نہایت ہی قبہ نما ہوتا ہے۔ یہ امر نہایت ہی شاذ ہے کہ اٹھائیس سے زیادہ دانت موجود ہوں۔ نمایاں جسمانی تشوہ مثلاً **قماءت** (cretinism) اور **مخاطی اڈیما** (myxœdema) کے ساتھ بعض اوقات ذہنی نقص پایا جاتا ہے یعنی اول الذکر کے ساتھ ابلہی اور موخر الذکر کے ساتھ بیشتر اوقات سخافت پائی جاتی ہے۔

ابلہی میں ہر درجہ کا ذہنی نقص شامل ہوتا ہے یعنی ایک محض متحرک بالذات زندگی کی حالت سے لیکر جس میں پالتو جانوروں سے بھی بہت کم درجہ کی عقل پائی جاتی ہے، اور سخافت کے زیریں درجات کو شامل کرتے ہوئے آگے طبعی ذہنی نشو و نما کی سرحدوں تک تمام درجات سخافت کے خفیف اقسام بہت سے ایسے اشخاص کی ذہنی حالت سے جو کہ صحیح العقل شمار کئے جاتے ہیں، بمشکل تمیز کئے جا سکتے ہیں۔

اسفل ترین قسم کے ابلہے عقل سے بالکل بے بہرہ ہوتے ہیں۔ وہ اپنی فطرتی ضروریات کی طرف دھیان دینے کے ناقابل ہوتے ہیں۔ وہ چھونکے لے سے کر یا اپنے

ملے

Brain. 1888

جوارح کو بلا مقصد ہلا ہلا کر وقت کاٹتے ہیں۔ اگر اس سے ذرا کم اسفل ہوں تو وہ بے رحمی کی جانب نمایاں میلان ظاہر کرتے ہیں۔ وہ کیڑوں کو اور چھوٹے چھوٹے جانداروں کو شیطان کی طرح عذاب دیتے ہیں۔ نیز وہ شہوت، غلیظ اور بالکل بے شرم اور بے غیرت ہوتے ہیں۔ بعض چڑچڑے ہوتے ہیں اور اس شخص کیلئے جس کو وہ نقصان پہنچانے کی قدرت رکھتے ہوں خطرناک ہوتے ہیں۔ اس سے کم نمایاں نوعیت کے سخیف بسا اوقات سخت مشکلات کا موجب ہوتے ہیں۔ وہ گھر سے فرار ہوجاتے ہیں، اور جاکر جرائم پیشہ اقوام سے مل جاتے ہیں۔ جب وہ بڑے ہوتے ہیں تو ذلیل مذاق کا اظہار کرتے ہیں۔ وہ شراب پینے، جوا کھیلنے اور دنگا فساد کرتے ہیں۔ نیز وہ بازاری عورتوں اور چوروں کی صحبت کے عادی ہوجاتے ہیں۔ اس بے حیائی اور ذلت کے ساتھ ساتھ ان کو ذلیل عیاری اور ایک خاص قسم کے علم کا حصہ وافر حاصل ہوتا ہے۔ اس جماعت کے افراد، بشمول ان افراد کے جو ان سے ذرا برتر ہوں اور کسی قدر صحیح العقلی کا اظہار کرتے ہوں، طبی قانوندان کے سامنے اس سلسلہ میں آتے ہیں کہ آیا وہ اپنی جائداد اور کاروبار کا انتظام چلا سکتے ہیں یا نہیں۔ اس سے ایک بالکل مختلف قسم کی سخافت بھی پائی جاتی ہے، جس کی صفت حلیمانہ اور پرسکون طرز عمل ہے یعنی ذہنی نقص ایک خالص منفی طریقہ سے ظاہر ہوتا ہے۔

"اخلاقی" جنون

اس کیفیت کو اخلاقی جنون کے نام سے بیان کیا جاتا تھا، لیکن معالجان جنون اب اسکو واردات نفسی میں شامل نہیں کرتے۔ اس قسم کے مریضوں کو اب اخلاقی سخیف تصور کیا جاتا ہے۔ قانون نقص ذہنی ۱۹۱۳ء کے تحت ان کو (ڈ) گروہ قرار دیا جاتا ہے یعنی ایسے اشخاص جو اوائل عمری ہی سے کسی مستقل ذہنی نقص کا اظہار کرتے ہیں اور جن میں قوی شرارت آمیز یا مجرمانہ رجحانات پائے جاتے ہیں، اور جن پر سزا کا عبرت آموز اثر نہیں ہوتا (ملاحظہ ہو صفحہ 324)۔ اس نوع کو ٹریڈگولڈ[1] (Tredgold)

[1] Transactions of the Royal Society of Medicine, 1921

نے اس طرح بیان کیا ہے۔ اخلاقی سنجیف جسمانی طور پر خوب نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور ان امارات سے جو کہ معمولی پاگلوں میں عام طور پر دیکھی جاتی ہیں ان میں ایک بھی پائی نہیں جاتی۔ اکثر ان میں نہایت خوش طبع ہوتے ہیں، اور حقیقت یہ ہے کہ کئی ایسے بھی ہوتے ہیں جو غیر معمولی طور پر دلپذیر اور دلکش ہوتے ہیں۔ اسی طرح دماغی قابلیت اور عام ذہانت کے لحاظ سے وہ کوئی امتیازی خصوصیت پیش نہیں کرتے۔ وہ روزمرہ کے موضوعوں پر عمدگی بلکہ لیاقت کے ساتھ گفتگو کرتے ہیں اور اکثر کی گفتگو اس قدر مدلل اور برجستہ ہوتی ہے کہ وہ استثنائی طور پر ہوشیار اور تیز فہم معلوم ہوتے ہیں۔ تاہم اخلاقی سنجیف بغیر شرم اور بغیر پشیمانی کے چوری کرتے جھوٹ بولتے فریب دیتے صنعتی جرائم کا ارتکاب کرتے اور زد و کوب کرتے ہیں۔ وہ خود غرض اور محبت سے بے بہرہ ہوتے ہیں اور دوسروں کے حقوق اور جذبات سے سنگدلانہ بے پروائی برتتے ہیں لیکن ٹریڈ گولڈ (Tredgold) نے بتلایا ہے کہ ان کے جرائم کے بارے میں یہ امر قابل لحاظ ہے کہ باوجودیکہ وہ مکمل تدابیر اختیار کرنے میں ہشیار ہوتے ہیں، وہ اکثر اوقات کوئی ایسی سادہ سی احتیاط نظر انداز کر دیتے ہیں کہ جس کو اوسط عقل کا شخص مشکل سے فروگذاشت کرتا ہے۔ چنانچہ اس فروگذاشت کی وجہ سے وہ جلد ہی شناخت ہو جاتے ہیں۔

اخلاقی سخافت میں دماغی نمو کے اعلیٰ زینوں کا یا تو پیدائش ہی سے ناکمل ارتقاء ہوتا ہے، یا ارتقا ہو چکنے کے بعد وہ ماؤف اور کم و بیش بے فعلیت ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگرچہ عقلی قابلیت بہت زیادہ متاثر نہیں ہوتی تاہم جذباتی اور خود رواں فعلیتیں اس سے زیادہ فعال ہوتی ہیں کہ جتنی یہ طبعی حالت میں ہوتی ہیں۔ چونکہ یہ ذہنی کیفیت بعض مجرموں کی بھی خصوصیت ہوتی ہے لہذا دشواری یہ پیش آتی ہے کہ اخلاقی نذلت اور اخلاقی سخافت میں کس طرح فرق کیا جائے، کیونکہ اول الذکر موخر الذکر میں اسطرح مخلوط ہو جاتی ہے کہ ان میں کوئی حد فاصل نہیں ہوتی۔ اس سوال پر متضاد نقطہ نگاہوں سے بحث و تجسس کی گئی ہے۔ ایک یہ ہے کہ محض ایک سنگین جرم کا ارتکاب کرنا اور پشیمان نہ ہونا اخلاقی جنون کا

ثبوت ہے۔ دوسرا یہ ہے کہ اگر مرتکبِ جرم شخص کے قواء استدلالیہ زیادہ حد تک کمزور نہ ہو گئے ہوں اور وہ ہنوز نیک و بد میں تمیز کر سکتا ہو تو شخص مذکور اپنے فعل کے لئے جواب دہ ہے، بالفاظِ دیگر وہ دیوانہ نہیں ہے۔ پہلے نقطۂ نظر کی حمایت کرنے سے جرم کے لئے حوصلہ افزائی ہوتی ہے۔ وہ افراد جن کا اخلاقی ضبط اس درجہ کمزور ہو جاتا ہے کہ ان کو مجانین کی صف میں شامل کر دیا جاتا ہے، یہ صحیح ہے کہ وہ ذلیل سے ذلیل جرم کا ارتکاب کر کے پشیمان نہیں ہوتے، تاہم جرم کو جنون کا ایک ثبوت تسلیم کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے۔ دوسری رائے جو کہ وکلا کی ہے اب اس کے متعلق بحث و تمحیص کی جاتی ہے۔

اگر اس بحث سے کہ قواءِ استدلالیہ متاثر ہوئے بغیر جذبات کس حد تک افعال کا موجب ہوتے ہیں قطع نظر بھی کر لیا جائے تو بھی تجربہ سے یہ نتیجہ نکلتا ہے، کہ جملہ عملی اغراض کے لحاظ سے، یہ ممکن ہے کہ اخلاقی احساسات اس درجہ تک تضلال پذیر ہو جائیں کہ فرد اپنے افعال کا جواب دہ نہ رہے حالانکہ کوئی ذہنی امارات، خواہ اختباطات کی شکل میں یا دماغی کمزوری کی شکل میں، موجود نہ ہوں۔ اس سے یہ مراد نہیں ہے کہ عقل و خرد بالکل صحیح و سالم ہوتی ہے۔ بلکہ یہ کہ عقل کی کمزوری اتنی نہیں ہوتی کہ ظاہر ہو جائے اور صرف اس طرح سے ظاہر ہوتی ہے کہ عقل اخلاقی حس کو قابو میں نہیں رکھ سکتی۔

مصنف نے اخلاقی دیوانگی کے جو مندرجہ ذیل واقعات بیان کئے ہیں ان کو باقی رکھا گیا ہے، اگرچہ یہ ایک مشکوک امر ہے کہ آیا دوسرے واقعہ کو ایک تمثیلی واقعہ تصور کرنا چاہیئے یا نہیں۔

کچھ عرصہ ہوا مصنف سے ایک چہاردہ سالہ خاتون کے بارہ میں مشورہ طلب کیا گیا۔ اس خاتون کو دار الاقامت سے اس وجہ سے نکال لیا گیا تھا کہ اس نے اپنی ہم جماعتوں کی بار بار چوری کی تھی، حالانکہ اس کو وافر جیب خرچ دیا جاتا تھا۔ اسے راستگوئی کا بالکل پاس نہ تھا اور ایسے بیانات گھڑنے میں جو بے گناہ اشخاص پر مصیبت کا موجب ہوں، اُسے ایک بد باطنانہ مسرت حاصل ہوتی تھی۔ جب وہ گھر پر ہوتی تو اپنے بھائی کے ساتھ بے حیائی سے پیش آتی اور اپنے والد کے سائیس کے سامنے ناشائستہ تجویزیں پیش کرتی۔

وہ عقلی طور پر ہشیار اور چالاک تھی۔ اس کی اُستانی کی اطلاع یہ تھی کہ وہ تعلیم میں اپنی ہم عمر لڑکیوں کے دوش بدوش چل سکتی ہے، لیکن متلون المزاج اور قوت انہماک سے بے بہرہ ہے یہ بد سرشتی اسے ماں کی طرف سے ترکہ میں ملی تھی جس نے شادی ہونے کے بعد شراب خوری شروع کر دی تھی اور جو انجام کار ایک ادنیٰ درجہ کے آدمی کے ساتھ فرار ہو گئی تھی۔ یہ لڑکی ماں کے بداعتدالی میں مبتلا ہونے کے تقریباً ایک سال بعد پیدا ہوئی تھی۔ یہ واقعہ اس صورت کی مثال ہے جبکہ اعلیٰ ذہنی لیولز (levels) کا ناقص ارتقا ہوا ہوتا ہے۔ لڑکی کے چال چلن میں لطیف تر خصائص مفقود تھے، لیکن ایک مخصوص قسم کی عیاری کی کوئی کمی نہ تھی جس سے یہ یقین پیدا ہوتا تھا کہ اگر اس لڑکی میں کچھ بھی انہماک اور استقامت ہوتی تو وہ اتنا علم حاصل کر سکتی تھی، جتنا کہ اس کی ہمسروں میں سے کوئی زیادہ سے زیادہ کر سکتی۔ ان اخلاقی گراوٹوں کے علاوہ اس کے دوست اسے کافی صحیح الحواس سمجھتے تھے۔

ہیک ٹیوک[1] (Hack Tuke) نے اخلاقی دیوانگی کا ایک تمثیلی واقعہ بیان کیا ہے، جس کا ذیل میں مختصر خاکہ دیا جاتا ہے۔ ایک آدمی بچپن میں ترشرو، خاموش، سست، عیار اور غدار تھا۔ اس نے کم عمری ہی میں گھریلو جانداروں کو عذاب دینے اور کنبہ کے کم عمر افراد پر ستم ڈھانے کی جانب میلان ظاہر کیا۔ چنانچہ ایک مرتبہ وہ اپنے چھوٹے بھائی کو کھیتوں میں لے گیا۔ اس کے کپڑے اتار کر اس کو ایک لانبے اور لچکدار بیت سے پیٹا۔ پھر اس کے بازوؤں کو اور جسم کے بالائی حصہ کو دانتوں سے کاٹا اور ناخنوں سے نوچا اور اسے دھمکی دی کہ اگر وہ چلائے گا تو وہ اس کو ایک میز چاقو (table-knife) سے مار ڈالیگا۔ تھوڑی مدت بعد اسکو اس جرم میں گرفتار کیا گیا کہ اس نے اپنے پڑوسی کے گھوڑے کا گلا کاٹ ڈالا ہے۔ اس نے اقرار کیا کہ اس نے کئی دیگر جانوروں کو پا شکستہ کر دیا ہے، اور کئی مرغیوں کی گردن مڑوڑ کر ان کو لکڑیوں کے انبار میں چھپا دیا ہے لہٰذا اس کو ۱۲ ماہ قید کی سزا کا حکم سنایا گیا۔ جب وہ قیدخانہ سے چھوٹا تو فوراً ہی اس نے ایک چھوٹے بچہ کے اوپر کپڑوں کا ڈھیر لگا کر اس کا گلا گھونٹنے کی کوشش کی۔ بعد ازاں اس نے اپنے والد کے ڈسک (desk) سے کچھ روپیہ چرا لیا اور اس فعل کی پاداش میں اسے دارالاصلاح (penitentiary) میں ۷ سال کی قید کا حکم

[1] Journ. of Mental Science, 1886

سنایا گیا۔ آزاد ہونے کے بعد وہ پھر گھر میں رہنے لگا۔ ایک دن اس نے دیکھا کہ اس کے باپ کا ہاتھ کٹ گیا ہے اور اس سے خون بہ رہا ہے۔ بظاہر اس سے اس کو ہیجان پیدا ہوا اور اس نے ایک پاس کے مزرعہ میں جا کر ایک گھوڑے کو گلا کاٹ کر مار ڈالا۔ یہاں سے وہ فرار ہو گیا۔ پھر جب وہ جنگل میں چھپا ہوا تھا تو اس نے ایک لڑکی کو دیکھا اور اس نے اس کو پکڑ کر مجرمانہ طور پر زدوکوب کیا۔ اس جرم کی پاداشں میں اس نے تقریباً دس سال کی قید بھگتی۔ پھر وہ رہا کر دیا گیا اور جب وہ قیدخانہ سے گھر جا رہا تھا تو اس نے ایک گھوڑے کو پکڑ لیا اور اس کو تاربرقی کے کھمبے سے باندھ کر تاسف انگیز طریقہ سے ٹکڑے ٹکڑے کر دیا۔ ایک خوفناک گھاؤ اس کی گردن پر لگایا اور ایک اس کے شکم میں لگایا اور اس کی زبان کے سرے کا ایک ٹکڑا اڑا ڈالا۔ اس جرم کی پاداشں میں اس پر مقدمہ چلایا گیا لیکن دیوانگی کی بنا پر اس کو بری کر دیا گیا اور دارالمجانین میں منتقل کر دیا گیا۔ دارالمجانین میں پانچ سال رہنے کے بعد اس نے پھر راہ فرار اختیار کی۔ دارالمجانین سے وہ تقریباً ایک ہی گھنٹہ غائب رہا لیکن اس عرصہ میں اس نے تعاقب کنندہ ملازمین کی نظروں کے سامنے ہی ایک لڑکی کو جا لینے اور اس کی بے حرمتی کرنے کی کوشش کی۔ علاوہ بریں وہ دارالمجانین کے باقی مریضوں پر اور کتوں، بلیوں اور مرغیوں پر ظلم و ستم کے افعال کا مرتکب ہوتا تھا۔ اس کے باوجود وہ نہایت بزدل واقع ہوا تھا چنانچہ یہ کبھی نہیں سنا گیا کہ اس نے کسی ایسے شخص پر حملہ کیا ہو جس کے مزاحمت کرنے کا امکان ہو۔ خون کا دیکھ لینا اس پر ایک عجیب و غریب اثر پیدا کرتا تھا۔ اس سے اس کا چہرہ زرد ہو جاتا تھا، وہ بے چین اور مضطرب ہو جاتا تھا، وہ اپنا ضبط نفس کھو دیتا تھا اور تاوقتیکہ کوئی اس کی خبرگیری نہ کرتا وہ ان خواہشات کو جن کے لئے وہ رسو اتھا پورا کر لیتا تھا۔ جب حالات ایسے ہوتے کہ وہ اپنی خواہشات کو پورا نہ کر سکتا تو وہ ایک پرسکون اور کارآمد آدمی ثابت ہوتا۔ اس نے خاصی تعلیم پائی تھی اور وہ اخبارات کو اور ان خطوط کو جو اس کو بھیجے جاتے تھے بڑے شوق سے پڑھتا تھا۔

"جنون اضطراری"

(Impulsive Insanity)

ماہران امراض دماغی یہ امر تسلیم نہیں کرتے کہ جنون کی کوئی ایسی معین شکل پائی جاتی ہے جس کا خاصہ افعال اضطراری کی انجام دہی ہو، اس کے باوجود وکلا ابھی تک کبھی کبھی فوجداری مقدمات میں "جنون اضطراری" کا لفظ استعمال کرتے ہیں۔ مانیائی انخفاضی جنون اور دیگر اشکال میں جو کہ اوراق سابقہ میں بیان کی گئی ہیں، ناگہانی اضطرارات

پیدا ہوسکتے ہیں اور ان پر عمل کیا جاسکتا ہے۔ مندرجہ ذیل فقرات مصنف نے اس زمانہ میں سپرد قلم کئے تھے جب کہ جنون اضطراری کو دوسری غیر طبعی کیفیات سے جدا رکھا جاتا تھا۔ ان کو یہاں اس لئے بحال رکھا گیا ہے کہ ان میں بہت سے اہم مشاہدات پائے جاتے ہیں اگرچہ ان اصابتوں کی درجہ بندی اب دیگر عنوانات کے ماتحت کی جائے گی۔

قاتلانہ اضطرار (homicidal impulse) عورت میں اپنے تمام بچوں کو مار ڈالنے کا اضطرار پیدا ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ تک وہ اس کی مدافعت کرتی ہے، اور شائد کچھ دن تک اس معاملہ کے متعلق سوچتی ہے گویا یہ خیال بار بار عود کر آتا ہے اور انجام کار وہ اس پر عمل کرتی ہے لیکن جب وہ بچہ کو مار ڈالتی ہے تو اسکا ضبط نفس دوبارہ بحال ہوجاتا ہے۔ وہ چاقو کو پھینک دیتی ہے اور پھوٹ پھوٹ کر رونے لگتی ہے۔

لارڈ بلیک برن[1] (Blackburn) نے اس قسم کے ایک مقدمہ کی سماعت کی ہے اور وہ یہ ہے کہ ایک عورت نے اپنے بچوں میں سے ایک کا گلا کاٹ ڈالا لیکن دوسرے لڑکے نے جسکی بعد میں قربانی کی باری تھی اپنے بازو اپنی ماں کی گردن میں ڈالدیئے اور اس سے محبت آمیز طریقہ سے باتیں کرنے لگا اور اس سے اس کی ماں اپنے قاتلانہ اقدام میں رک گئی۔ بعد میں عورت نے بیان کیا کہ وہ اس بچہ کو مار ڈالنے پر آمادہ تھی لیکن اس کے پیار کے بعد اس کا حوصلہ نہ ہوا۔" یہ عورت بداہتہً نیک و بد کے امتیاز سے اور فعل کی نوعیت سے آگاہ تھی لیکن جج نے جیوری کو بتایا کہ بعض استثنائی صورتیں بھی پائی جاسکتی ہیں۔ لہذا جج کے بتانے پر جنون کی بنا پر بے قصور کا فیصلہ دے دیا گیا۔ ماڈزلے[2] (Maudsley) نے قاتلانہ اضطرار کی ایک نہایت ہی سبق آموز مثال بیان کی ہے۔ 300

ایک طبیب کو دار المجانین میں اس بنا پر داخل کیا گیا کہ صداقت ناموں میں بیان کیا گیا تھا کہ

[1] Cited by Orange, Journal of Mental Science, 1884.

[2] Responsibility in Mental Disease.

اس نے اپنی خوشدامن پر قاتلانہ حملہ کیا ہے۔ وہ بالعموم اپنی خوشدامن کی عزت کیا کرتا اور اس سے محبت کیا کرتا تھا جب وہ ۲۲ سال کی عمر کا تھا تو اسکو خلل دماغ کا حملہ ہوا تھا۔ اس سے چودہ سال کے وقفہ کے بعد اس کو ایک دوسرا حملہ ہوا تھا اور ۴½ سال کی مزید مدت کے بعد اسے یہ تیسرا حملہ ہوا (یعنی جس کی بنا پر اسے نگرانی میں لایا گیا) ان حملوں کے درمیان وہ ایک بڑا مطب کامیابی کے ساتھ چلاتا رہا تھا۔ اپنے شہر کے لوگوں میں وہ اس درجہ ہر دلعزیز تھا کہ اسے میئر (Mayor) کے عہدہ پر منتخب کیا گیا تھا۔ اختلال کے دوسرے حملہ کے دوران میں وہ شکار پر گیا ہوا تھا اور اس نے ایک شریف آدمی کو گولی مار دی تھی اگرچہ اس وقت کارونر کی تفتیش میں اتفاقی موت کا فیصلہ دیا گیا لیکن بعض لوگ ایسے بھی تھے جو مختلف رائے رکھتے تھے۔ اس کے بعد وہ دارالمجانین میں چار ماہ تک رہا۔ اس تمام مدت میں اسمیں ذہنی مرض کی کوئی علامت نہیں پائی گئی۔ بدیں وجہ اسے صحتیاب قرار دیکر رخصت کر دیا گیا۔ دارالمجانین سے جانے کے ۲۰ دن بعد اس نے ایک خادمہ کو استرے سے گلا کاٹ کر مار ڈالا، اگرچہ اس فعل سے چند ہی گھنٹہ قبل اس میں دیوانگی کی کوئی علامت نہیں پائی جاتی تھی۔ سماعت پر اسے جنوں کی بنا پر بری کر دیا گیا اور اسے ایک مجرم دیوانہ کی حیثیت سے بتھلام شفاخانہ (Bethlem Hospital) میں بھیجدیا گیا۔ شفاخانہ مذکورہ کے طبی عہدیداروں نے اس کا کئی مہینہ تک مشاہدہ کرنے کے بعد یہ کہا کہ وہ اس کی طرف دیوانگی کی کوئی علامت منسوب نہیں کر سکتا اور یہ کہ اگر بفرض وہ نجی مریض ہوتا اور کمشنران جنون (commissioners in lunacy) اس سے پوچھتے کہ اس کو کیوں محبوس رکھا ہے تو وہ اس کے حبس کے لئے کوئی خاص وجہ پیش نہ کر سکتا۔

واقعات کے ایک دیگر گروہ میں قاتلانہ اضطرار نمایاں اختباطات کی معیت میں یا زیادہ صحیح طور پر ان کے نتیجہ کے طور پر موجود ہوتا ہے۔ مثلاً کوئی آدمی یہ باور کرتا ہے کہ فلاں شخص نے اسکے ساتھ کوئی بہت بڑی بے انصافی کی ہے اور اس اختباط کی بنا پر وہ اس کو قتل کر دیتا ہے۔ ایسی اصابتیں جُنّت (paranoia) کا ایک عام نتیجہ ہیں اور بالعموم آسانی سے شناخت ہو سکتی ہیں، کیونکہ دیوانہ شخص اپنے اختباطات کی پردہ پوشی نہیں کرتا۔ تاہم گاہے اختباطات چھپانیکی

ایک غیر معمولی قابلیت کا اظہار کیا جاتا ہے' لیکن اس کے باوجود وہ اسقدر زبردست ہوتے ہیں کہ بالآخر قاتلانہ ثوران پر منتج ہوتے ہیں۔ ماڈزلے (Maudsley) اغلب خیال کرتا ہے کہ متذکرہ صدر طبیب اس وقت جبکہ اسکے دل میں کوئی زبردست محرک ہوتا تھا' اپنے اختباطات کو کامیابی سے چھپا سکتا تھا۔

خودکشی کا اضطرار (suicidal impulse) ۔ عامیانہ خیال کے مطابق خودکشی کا فعل بجائے خود دیوانگی کا ایک ثبوت ہے ۔ یہ خیال اس طرح پیدا ہوا ہے کہ کارونر کی جیوری کے فیصلہ میں "عارضی دیوانگی" کے الفاظ بطور ایک فرسودہ ضمیمہ کے بڑھا دیئے جاتے ہیں ۔ غالباً یہ الفاظ اس لئے اختراع کئے گئے تھے کہ "سنگین مجرم" کے فیصلہ سے پہلو بچایا جائے جس کے ساتھ زمانہ ماضی میں بعض تعزیرات لازم آتی تھیں۔ تاہم یہ ضروری نہیں کہ خودکشی دیوانگی کی دلیل ہو۔ ہوسکتا ہے کہ یہ ایک صحیح العقل عزم کا نتیجہ ہو۔ اگر کسی ایسے شخص کے متعلق جو بلند مجلسی مرتبہ رکھتا ہو' یا جو بہت دولت مند مشہور ہو' یہ پتہ لگ جائے کہ اس نے روپیہ غبن کر لیا ہے یا زر کے متعلق جعلی دستاویزات بنالی ہیں' اور اس کو اپنے سامنے ناگزیر عواقب نظر آرہے ہوں' تو ممکن ہے کہ وہ شقت تعزیری پر فوری موت کو ترجیح دے ۔ اس کی روحانی اور جسمانی مصیبت جس سے وہ بچنا چاہتا ہے' ایک حقیقی اور محسوس مصیبت ہوتی ہے ۔ یہ سوال دراصل مصیبتوں کے توازن کا سوال ہے' اس میں شک نہیں کہ خودکشی کی تدبیر ایک مایوسانہ تدبیر ہوتی ہے' لیکن اس کی حالت بھی تو مایوسانہ ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ واحد ذریعہ بچنے کا جو اس کے اختیار میں ہوتا ہے' وہ اس سے متمتع اندوز ہونے کا تہیہ کر لیتا ہے۔ جہاں تک معتبر شہادت کا تعلق ہے' خودکشی کرنے والوں میں حقیقی دیوانوں کی تعداد غالباً ۳۰ فی صدی سے زیادہ نہیں ہوتی ۔

مجنونانہ خودکشی کے اضطرار کے ہمراہ' قاتلانہ اضطرار کی مانند' ممکن ہے کہ اختباطات یا دیگر اختلالات ذہنی موجود ہوں' یا نہ ہوں۔ ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک یہ اضطرار قابو میں رہے یا مریض درخواست کرے کہ اسکی اپنے آپ سے حفاظت کی جائے ۔ وہ خودکشی جو کہ اضطرار کا نتیجہ ہوتی ہے' اس خودکشی سے جس کے ہمراہ اختباطات پائے جاتے ہیں اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ مریض سوائے اس ایک اضطرار کے تمام امور میں صحیح العقل معلوم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ خودکشی کا رجحان متوالی ہو' جبکہ وقفہ میں مریض ذہنی اختلال سے

301

مبرا رہتا ہے۔ پھر ایسی صورتیں بھی وقوع پذیر ہو چکی ہیں کہ ارادہ پورا کرنے کی کوشش میں ناکامی ہونا ضبط بحال کرنے کے لئے کافی ثابت ہوا ہے اور مریض نے اضطرار سے مخلصی حاصل کر لی ہے۔ ایک شخص کا واقعہ بیان کیا جاتا ہے کہ وہ غرق ہونے کا مصمم ارادہ کر کے دریا کی جانب گیا۔ اس پر چوروں نے حملہ کیا اور اس نے بڑے شد و مد سے اپنی حفاظت کی۔ وہاں سے بچ نکلنے کے بعد اس کو خودکشی کے اضطرار سے صحت ہو گئی۔ ممکن ہے کہ ایک اضطرار تمام باقی سمتوں کو چھوڑ کر ایک خاص سمت اختیار کرے۔ مثلاً ایک آدمی چاقوؤں اور استروں اور دوسرے قریب الدست ذرائع کو نظرانداز کر دیتا ہے اور بہت دور تک جا کر ریلوے لائن پر لیٹتا اور اپنے اوپر سے ٹرین گزرنے دیتا ہے۔ جب اضطرار ایکبار مکمل طور پر نمو یافتہ ہو جاتا ہے تو اس کا دوبارہ واقع ہونا ممکن ہی نہیں کہ ظاہرا کامل صحیح العقلی کے ایک طویل وقفہ کے بعد بھی ممکن ہے کمشنروں کی کتاب الازرق (blue book) میں ایک واقعہ مندرج ہے [جس کا نیونگٹن[1] (Newington) نے حوالہ دیا ہے] کہ ایک آدمی ۱۴ سال زیر نگرانی رہ چکا تھا۔ اس مدت کے اول حصہ میں وہ بالکل خودکشی پر مائل تھا، لیکن پھر اصلاح یافتہ ہو گیا اور باہر جا کر سیر و تفریح کیا کرتا تھا۔ ۱۴ سال کے اختتام پر اس کی ماں نے اس کو ایک پرانی لکھنے کی میز بھیجی جس میں ایک پوشیدہ خانہ تھا۔ اس خانہ سے اس نے ایک بوتل نکالی جو اس نے ۱۴ سال قبل وہاں رکھی تھی اور جس میں زہر تھا۔ یہ زہر اس نے فوراً نہیں کھایا، بلکہ جنگل کو چلا گیا، اور وہاں جا کر یہ زہر نوش کیا اور مر گیا حالانکہ اگر وہ اس پر آمادہ ہوتا تو اس میز کے پہنچنے سے قبل زہر حاصل کرنے کے اسے بے شمار مواقع حاصل تھے۔

جب خودکشی کا اضطرار، مالیخولیا یا دیگر اختلال ذہنی کا نتیجہ ہوتا ہے تو بالعموم ایک واضح اختباط بھی موجود ہوتا ہے۔ مریض کو بار بار یہ حکم سنائی دیتا ہے کہ وہ اپنے آپ کو ہلاک کر ڈالے یا اس کو آوازیں سنائی دیتی ہیں جو اس پر خوفناک جرم کا الزام لگاتی ہیں جن کی صدا سے وہ موت میں مفر تلاش کرتا ہے۔ خودکشی کا ایک عام سبب ایذا رسی کا اختباط ہے۔ توارث، خودکشی کی جانب مائل کرنے میں ایک

[1] Journal of Mental Science, 1886.

ایک قوی اثر رکھتا ہے اور یہ میلان بچہ میں تقریباً اسی زمانہ حیات میں رونما ہوتا ہے کہ جس زمانہ میں والد (یا والدہ) میں ہوا تھا۔ خرابی صحت کے وقت اعلیٰ تر امتناعی قوتیں کم ہو جاتی ہیں، اگر اس وقت خودکشی کا کوئی خفی رجحان موجود ہو تو اس کے ظاہر ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ بیان کاروباری پریشانیوں، مال کی گم شدگی اور ہر قسم کی مایوسیوں پر بھی منطبق ہوتا ہے۔ آخر الذکر مثالوں میں اضطرار مخلوط الاصل ہوتا ہے اور نوعیت میں اس اضطرار سے مماثل ہوتا ہے جو کہ ایک صحیح العقل شخص میں خودکشی کے فعل کا محرک ہوتا ہے۔ اگر کوئی شخص اس اختباط میں مبتلا ہو کہ وہ کسی خفیہ جماعت کا شکار ہے جس کے گماشتے اسے ستاتے اور اس کی زندگی کو ناقابل برداشت بناتے ہیں، اور اس اختباط کی بنا پر اپنی زندگی کا خاتمہ کر دے، تو اس کا یہ فعل بداہتہً ایک دیوانہ شخص کا فعل قرار پائے گا کیونکہ وہ اپنے اختباط کو باور کرتا ہے اور اس پر اس طرح عمل پیرا ہوتا ہے گویا وہ کوئی اصلی واقعہ ہو۔ اگر کسی شخص نے بہت سا روپیہ ضایع کر دیا ہو جس کی وجہ سے وہ گھر کے اخراجات کم کرنے پر مجبور ہو گیا ہو، تو ممکن ہے کہ وہ اپنی مشکلات کو ایسی مبالغہ آمیز نظر سے دیکھے کہ اس میں خودکشی کا اضطرار نمودار ہو جائے۔ اگرچہ یہ اضطرار بھی اختباط سے پیدا ہوا ہے لیکن یہ اختباط ایک اصلی واقعہ پر مبنی ہے، اور اگر بیرونی حالات زیادہ سازگار ہوتے تو کبھی معرض ظہور میں نہ آتا۔ جب کسی توہم آمیز اختباط والے شخص میں خودکشی کا اضطرار پیدا ہوتا ہے تو ماحول سے اس کا کچھ تعلق نہیں ہوتا لیکن دوسرے شخص میں یہ اضطرار ماحول کے سبب سے پیدا ہوتا ہے۔

اس انخفاضی تموج کی آمد کہ جس سے اضطرار کو نمو یاب ہونے کا موقع ملتا ہے ممکن ہے مریض پہلے سے محسوس کرے۔ بعض مثالوں میں وہ التجا کرتا ہے کہ جب تک یہ انخفاض گذر نہ جائے اس کی غور و پرداخت کی جائے۔ اس امر کا ثبوت کہ فقدان ضبط نفس کا علم ہو جاتا ہے، یہ ہے کہ بعض مثالوں میں مریض چاقوؤں یا دیگر اوزاروں کو جو قریب از دست ہونے کی وجہ سے رغبت دلا سکتے ہیں، وہ خود مقفل کر دیتا ہے۔ اس سے عدم ذمہ داری کے موضوع پر ایک اہم سبق حاصل ہوتا ہے۔ ایک استعداد یافتہ ذہن پر ایعاز کا زبردست اثر ہوتا ہے کسی گہرے دوست یا عتیق کے ایسے شخص کی خودکشی کی

خبر سننا کہ جس کو مریض ذاتی طور پر نہ جانتا ہو، اس فعل کی تحریک کرنیکے لئے کافی ثابت ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ خودکشی کا اضطرار ایک وقت قابل ضبط ہو اور دوسرے وقت قابل ضبط نہ ہو، اس سے مسئولیت کی بحث اور بھی پیچیدہ ہو جاتی ہے۔ کسی ایسے شخص کا خودکشی کی دھمکی دینا جو ایک تکلیف دہ جسمانی مرض میں مبتلا ہو یہ اندیشہ پیدا نہیں کرتا کہ وہ اس کو عملی جامہ پہنا دیگا۔ مینگٹ (Manning) نے ایک مکمل طور پر صحیح العقل شخص کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس کو دواخانہ میں مرض جگر اور استسقاء کی وجہ سے داخل کیا گیا۔ اس نے اپنی بیوی کو یہ کہا کہ اگر اس کو ڈاکٹر سے تحقیق ہو گیا کہ اس کا مرض نا قابل علاج ہے تو وہ خودکشی کرلے گا۔ پہلے اس نے خود کو پستول کے ذریعہ گولی مارنے کا خیال کیا تھا لیکن اس امر کو مدنظر رکھتے ہوئے کہ وارڈ (ward) میں ساتھ کے مریضوں کے لئے یہ ایک شدید صدمہ ہوگا اس نے ایک اور تدبیر اختیار کرنے کا تہیہ کرلیا ہے۔ اس گفتگو کے بعد دوسرے ہی دن جب اسے ایک اقامت پذیر طبیب سے استفسار کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ اس کی صحت کی کوئی امید نہیں تو وہ وارڈ (ward) سے باہر ایک برآمدہ پر گیا اور خود کو جان بوجھکر نیچے گرا دیا جس سے اس کی گردن ٹوٹ گئی۔

خودکشی طبّی قانونی نقطہ نگاہ سے۔ قانون خودکشی کے فعل کو ایک سنگین جرم قرار دیتا ہے بجز اس صورت کے کہ ایک فرد کو دیوانگی کی بنا پر غیر ذمہ دار قرار دیا جائے۔ اگر کوئی شخص کسی دوسرے شخص کے ارتکاب خودکشی میں ممد و معاون ہوتا ہے تو وہ بھی قتل عمد کا مجرم ہے اور اس امر سے جرم میں کوئی تخفیف نہیں ہوتی کہ دو اشخاص بیک وقت اور ایک دوسرے کے سامنے خودکشی کرنے پر متفق ہو جائیں۔ اگر ان میں ایک مرجائے اور دوسرا زندہ رہئے تو دوسرا جو زندہ رہتا ہے قتل عمد کا مجرم قرار دیا جاتا ہے۔ یہ امر کہ اس نے ساتھ ہی اپنی جان لینے کا اقدام بھی کیا تھا اس کے اس جُرم کو متاثر نہیں کرتا جو کہ اس نے متوفی کے خلاف کیا تھا۔ اگر کوئی شخص خودکشی کا ارتکاب کرتے کرتے کسی دوسرے شخص کی موت واقع کردے (اور خود بحال ہو جائے) تو وہ قتل انسان کا مجرم ہے۔

ا؎ Journal of Mental Science, 1886.

ایک آدمی خودکشی کا ارتکاب کرنیکی غرض سے نہر میں کود پڑا، ایک راہرو نے اسے بچالیا لیکن اس کو بچانے بچاتے بدقسمتی سے وہ خود ڈوب گیا۔ اس آدمی کو جو خودکشی کرنا چاہتا تھا دیوانہ ثابت کرنیکی کوشش کیگئی، تاہم اسے قتل انسان کا مجرم ٹھیرایا گیا (حکومت بنام گاتھرکول) (Reg v. Gathercole)۔

خبطِ دزدی (kleptomania)، یعنی چوری کرنیکا اضطرار۔ اگر اس مجنونانہ کیفیت کو نظرانداز کردیا جائے جو کہ عمومی ذہنی مرض سے پیدا ہوتی ہے تو خبط دزدی کا وجود مشکوک ہے۔ یہ ایک مشہور بات ہے کہ دیوانہ شخص میں چوری کرنے کا حوصلہ یا میلان پایا جاسکتا ہے۔ لیکن کسی شخص کو اس لئے دیوانہ تصور کرنا کہ وہ بغیر کسی ظاہری مقصد کے چوری کرتا ہے، گویا جرم کی حوصلہ افزائی کرتا ہے۔ جب چوری کرنے کا میلان فی الحقیقت دیوانگی کی حالت کا نتیجہ ہوتا ہے تو اس فعل کے علاوہ ذہنی مرض کی دیگر علامات بھی موجود ہوں گی۔ ایسا ہرگز نہیں ہوسکتا کہ کوئی شخص صرف اس لحاظ سے دیوانہ ہو کہ وہ ان اشیا پر جو اس کی ملکیت نہیں ہیں، اپنا قبضہ جمانے کا خواہشمند ہو، اور باقی ہر اعتبار سے وہ مطلقاً صحیح العقل ہو۔ ہم دیکھ چکے ہیں کہ چوری کے افعال شلل عمومی کے ابتدائی درجہ اور صرع صغیر کے دورہ کے بعد عام طور پر کئے جاتے ہیں، چنانچہ بالعموم وہ انہی اسباب کی جانب منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ خبط دزدی کی بحث میں جب مجرم کی صفائی میں اخلاقی دیوانگی اور اضطرار کا عذر پیش کیا جائے تو اس کو بڑے شک کی نظر سے دیکھنا چاہیئے۔ یقیناً یہ ایک بالکل ممکن امر ہے کہ ایک اخلاقی جنون کا موضوع چوری کرے اور اخلاقی دستورالعمل کے خلاف دیگر افعال بھی کرے لیکن یہ غیر اغلب ہے کہ اعلیٰ اقتدار (control) کا یہ فقدان اتنے تنگ دائرہ میں ظاہر ہو، بالفاظ دیگر اس فقدان کی دیگر علامات بھی موجود ہونگی جب خبط دزدی کا عذر بطور صفائی کے پیش کیا جاتا ہے تو بالعموم یہ صاف پایا جاتا ہے کہ اختلال ذہنی کی سابقہ موجودگی کے ثبوت میں ایک بھی شہادت پیش نہیں کی جاتی۔ زیادہ سے زیادہ اسی امر پہ زور دیا جاتا ہے کہ چونکہ ملزم مسروقہ اشیا کی قیمت ادا کرنے کی پوری استطاعت رکھتا تھا، لہذا اس کا فعل ایک مجنونانہ اضطرار کا نتیجہ ہے۔

303

باب ستائیسواں

جنون طبی و قانونی نقطہ نظر سے

طبی قانون داں کو جنون کے موضوع پر مندرجہ ذیل سوالات کے سلسلہ میں بحث کرنی پڑتی ہے:۔

(ا) ذمہ دارئ جرم (ب) دیوانگی کے صداقت نامے (ج) مجلسہائے تحقیقات (د) وصیتی قابلیت (س) تصنعی دیوانگی۔

(۱) ذمہ داری جرم

مجرمانہ فعل کا ارتکاب سزا لازم کرتا ہے، لیکن جو شخص اس مجرمانہ فعل کا ارتکاب کرتا ہے، اگر اس کا بوقت ارتکاب دیوانہ ہونا ثابت ہو جائے تو قانون کی نظر میں جو کچھ اس نے کیا ہے اس کے لئے وہ غیر ذمہ دار قرار دیا جاتا ہے۔ اس بیان سے ذیل کے سوالات پیدا ہوتے ہیں۔ جنون کس شئے کو قرار دیا جائے؟ اور ملزم اس کے زیر اثر کس حد تک ہو کہ اسے غیر ذمہ دار قرار دیا جائے۔

آج تک جنون کی ایسی کوئی تعریف وضع نہیں کی گئی کہ جو ہر فرد پر بطور ایک کسوٹی کے اطلاق پذیر ہو سکے اور جس سے جنون یا عدم جنون دریافت ہو جائے

معلمان قانون نے اس دشواری کو دور کرنے کی غرض سے بعض خصوصیات کو چن کر ان کو جنون کا ثبوت فرض کر لیا ہے اور ایک کاشفہ قرار دے دیا ہے جو کہ ہر انفرادی مثال پر اطلاق پذیر ہو سکتا ہے۔ ۱۴ ججوں نے چند سوالات کے جواب میں جو کہ ان کو دارالامرا (House of Lords) کی طرف سے کئے گئے تھے، اس "قانونی کاشفہ" کی تصریح کی۔ اس وقت مسٹر ڈرمانڈ (Drummond) کے قتل میں جنون کی بنا پر میناٹن (M'Naughton) بری ہو گیا تھا (دیکھو صفحہ 307)۔ اس کو بعض دفعہ میناٹن کا فیصلہ بھی کہا جاتا ہے اور یہ حسب ذیل ہے۔

"جنون کی بنا پر عذر قائم کرنے کے لئے اس امر کا صاف صاف ثبوت ہونا ضروری ہے کہ فریق متہمہ فعل کا ارتکاب کرتے وقت دماغی مرض کے باعث ایسے نقص عقل میں مبتلا تھا کہ اس کو اس فعل کی جسے وہ کر رہا تھا نوعیت اور خاصیت معلوم نہ تھی، یا اگر معلوم تھی تو وہ یہ نہ جانتا تھا کہ جو کچھ وہ کر رہا ہے، وہ بُرا ہے۔"

اس کاشفہ کے ضمن میں سب سے پہلے یہ نکتہ ہمارے سامنے آتا ہے، کہ تمام قسم کے جنونوں میں وہ درجہ کہ جس میں برات ہوتی ہے اسی وقت ہوتا ہے جبکہ بعض بیرونی حالات کی ذہنی فراموشی ہو جائے چنانچہ عدم ذمہ داری کی شہادت صرف اسی چیز سے حاصل ہوتی ہے۔

جنون کی مختلف اشکال کی ادنیٰ سی واقفیت سے بھی یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ عدم ذمہ داری دریافت کرنے کے لئے جو شرایط قرار دی گئی ہیں وہ کافی نہیں ہیں ممکن ہے کہ کسی شخص پر قاتلانہ اضطرار اس قدر مسلط ہو کہ وہ اس اضطرار کو عملی جامہ پہنا دے حالانکہ اس کو علم ہو کہ وہ بُرا کر رہا ہے اور مستوجب سزا ہے۔ شراپشائر شتوی اسائز (Shropshire Winter Assizes) ۱۸۸۵ء میں ایک شخص موسوم بہ ویر (Ware) پر جو کہ دارالمجانین میں مریض رہ چکا تھا، اور جس نے ایک دوسرے مریض کو لوہے کی سلاخ سے مار ڈالا تھا، قتل عمد کا جرم قائم کیا گیا۔ بیانات سے یہ بات ثابت ہوئی کہ قیدی فعل کا ارتکاب کرتے وقت اس کی نوعیت سے پوری طرح آگاہ تھا۔ اس نے

اعتراف کیا تھا کہ اس نے ایک شخص کو مار ڈالا ہے، اور اس نے خدمتگار سے کہا تھا کہ خدمتگار یہ یاد کرے کہ وہ لوہے کی سلاخ ہاتھ سے دے دیگا تو اسے سزا نہ دیجائے گی۔ یہ مقدمہ جیوری کے روبرو پیش نہیں ہوا، اس لئے کہ اس آدمی کو پہلے ہی براڈ مور (Broadmoor) کے قید خانہ مجانین میں منتقل کر دیا گیا تھا۔ تاہم مسٹر جسٹس ہاکنز (Mr. Justice Hawkins) کی رائے زنی سے تنقیح طلب سوال پر خوب روشنی پڑتی ہے۔ "یہ کہنا ناممکن ہے کہ ویرکو یہ امر کہ اس نے ایک آدمی کو مار ڈالا ہے، معلوم نہیں تھا۔ اس نے خود کہا تھا کہ اس نے مار ڈالا ہے۔ اور کسی کے لئے اس امر پر زور دینا بھی ناممکن ہے کہ وہ یہ جانتا نہیں تھا کہ یہ برا فعل ہے کیونکہ اس نے یہ وعدہ طلب کیا تھا کہ اسے سزا نہ دیجائے۔ لیکن تاوقتیکہ قانون کی ایک بالکل ہی مختلف تاویل نہ کیجائے، مذکورہ بالا امور کو ثابت کرنے کی ضرورت ہے۔ اگرچہ کوئی صاحب ہوش شخص یہ گمان نہیں کر سکتا کہ کوئی بھی جیوری ویرکو جو کچھ اس نے کیا ہے اس کے لئے ذمہ دار قرار دے۔

304

اطبا کو خوب معلوم ہے کہ جب کوئی آدمی اختباط یا مجنونانہ اضطرار کے زیر اثر ہو، تو یہ اس کو ایسے فعل کے ارتکاب پر ابھار سکتا ہے جس کے متعلق وہ جانتا ہے کہ یہ قانوناً مستوجب سزا ہے۔ اگر یہ اختباط یا اضطرار اتنا زبردست ہو کر آدمی کے ضبط نفس پر غالب آسکے تو وہ اس فعل کا ارتکاب کر دیتا ہے، بالفاظ دیگر وہ خود کو باز نہیں رکھ سکتا۔ ذہنی مرض سے جو ضبط نفس کا فقدان واقع ہو جاتا ہے، وہ بھی نیک و بد کے امتیاز کے فقدان کی طرح عدم ذمہ داری پیدا کرتا ہے۔ لہذا اس شخص کو جو ایسے فقدان ضبط میں مبتلا ہو، اپنے افعال کا ذمہ دار نہ گردانا چاہیئے لیکن قانونی کاشفہ اس طرح جس طرح کہ تمام جج اس کی تاویل کرتے ہیں اس امر کی اجازت نہیں دیتا۔ حکومت بنام کول (C. C. C, 1883, Reg. V. Cole) میں جس میں ایک بچہ کا قتل عمد کیا گیا، ڈینمین جے (Denman J.) نے تسلیم کیا "کہ یہ بات شہادت کے ذریعہ پایہ ثبوت کو پہنچ چکی ہے کہ قیدی اختباط میں مبتلا تھا کہ فرش کے نیچے اور الماری میں آدمی ہیں جو اس کو گزند پہنچانے کی کوشش کر رہے ہیں، لیکن قیدی یہ جانتا تھا کہ وہ برا کر رہا ہے اور اس ملک کے آئین کی خلاف ورزی کر رہا ہے۔"

کتاب تاریخ قوانین فوجداری انگلستان مطبوعہ ۱۸۸۳ء میں سر جیمس ایف سٹیفن

(Sir James F. Stephen) نے عدم ذمہ داریٔ جرم کے عذر کی حیثیت سے جنون کی جو قانونی تعریف کی ہے اسکی بہت ہی آزادانہ تاویل کی ہے۔ اس کی رائے میں قانون یہ تسلیم کرتا ہے کہ اگر کوئی شخص بوجہ مرض ذہنی کے اپنے افعال پر قابو رکھنے سے قاصر ہے تو وہ جو کچھ کرتا ہے اس کے لئے جواب دہ نہیں ہے۔ اختباط یا اضطرار یا کسی دیگر کیفیت کا، جو جنون کا عام نتیجہ ہو، موجود ہونا اس سوال پر روشنی ڈالتا ہے کہ آیا وہ شخص اپنے افعال پر قابو رکھ سکتا ہے یا نہیں۔ لارڈ چیف جسٹس کاک برن (Lord Chief Justice Cockburn) آنجہانی قانون کو اس زاویہ نگاہ سے نہیں دیکھتے تھے، لیکن انھوں نے دار العوام کی ایک منتخب مجلس کے روبرو اپنے مافی الضمیر کا اظہار اس طرح کیا "میں ہمیشہ مضبوطی سے اس رائے پر قائم رہا ہوں، جیسا کہ جنون کی مرضیات سے بدرجہ اتم ثابت ہوتا ہے کہ مرض ذہنی کے ایسے اشکال بھی ہوتے ہیں جن میں مریض آگاہ ہوتا ہے کہ وہ بدی کا ارتکاب کرنے والا ہے لیکن ناقابل مزاحمت اضطرار کی قوت کے سامنے اس کی قوت ارادی سپر انداز ہو جاتی ہے۔ اگر ذہنی مرض سے ضبط نفس کی طاقت برباد یا معطل ہو جائے تو میری رائے میں یہ امر ذمہ داری (یا عدم ذمہ داری) میں ایک لازمی عنصر بن جاتا ہے۔" اگر قانون کے معنی یہی ہوتے جو کہ لئے گئے ہیں (بعض جج قرار دیتے ہیں کہ یہی معنی ہیں اور بعض جج کہتے ہیں کہ یہی معنی ہونے چاہئیں) تو بالاتر فوجداری عدالتوں کے فیصلہ جات بعدیں کالعدم نہ ہوا کرتے جیسا کہ وہ رائے عامہ کے زیر اثر اکثر اوقات ہو جاتے ہیں۔

طبی نقطۂ نظر یہ ہے کہ ممکن ہے ذہنی مرض کا موضوع یہ جانتا ہو کہ فلاں فعل برا ہے اور قانوناً مستلزم سزا ہے، تاہم جب کوئی مجنونانہ اضطرار اختباط سے یا اس کے بغیر پیدا ہو تو یہ اس کے ضبط نفس پر غالب آجائے اور وہ ارتکاب فعل کر دے، اس لئے نہیں کہ وہ یہ جانتا نہیں کہ ایسا کرنے میں وہ بدی کا ارتکاب کر رہا ہے بلکہ وہ ایسا کرنے سے خود کو باز نہیں رکھ سکتا۔

مجانین مجرم کی صورت میں طریق کارروائی۔ اگر کسی شخص نے قتل عمد کا ارتکاب کیا ہو اور اسے زیر حراست کر لیا جائے اور مجسٹریٹ کے روبرو لیجایا جائے، تو خواہ وہ کتنا ہی دیوانہ کیوں نہ ہو، اسے مقدمہ کی سماعت کے لئے اسائیز (Assizes) کے

کے سپرد کر دیا جاتا ہے۔ اگر اختلال ذہنی اس قدر قطعی نوعیت کا ہو کہ شخص مذکور کا قید خانہ
میں رہنا خلاف مصلحت سمجھا جائے تو اسے معتمد ریاست کے حکم سے
دار المجانین میں منتقل کیا جا سکتا ہے۔ یقیناً ایسی مثالیں عند السماعت اختلاف
رائے کا موجب نہیں ہوتیں۔ اختلاف رائے کی گنجائش ان مثالوں میں ہوتی ہے،
کہ جو اسقدر نمایاں نہیں ہوتیں کہ انھیں منتقل کیا جائے۔ ان میں قیدی کو غالباً اس کی ذہنی
حالت کے متعلق کچھ کہے بغیر یا اس کے متعلق تدابیر اختیار کئے بغیر، تا سماعت
وہیں رکھا جاتا ہے۔ لیکن یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ اگر سپردگی کے بعد جنون کا موجود ہونا بیان
کیا جائے اور سرکاری وکیل کو اس سے مطلع کیا جائے تو وہ حکم دیتا ہے کہ دو آزمودہ
کار طبیب جن کے ساتھ ایک سرکاری مشیر بھی شریک کار ہو سکتا ہے، قیدی کی
ذہنی کیفیت کے بارے میں تفتیش کریں۔ اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ عند السماعت
ان دونوں صاحبوں کو تاج کی جانب سے باقی رکھا جائے گا گو کہ محکمہ داخلیہ ہی
تفتیش کا حکم دیتا اور اس کے مصارف ادا کرتا ہے۔ بعض مثالوں میں ایک یا زیادہ
ممتحنوں کو سب پینا (subpæna) کے تحت صفائی کے لئے مقرر کر دیا جاتا ہے،
کہ جن کی شہادت صفائی کے حق میں ہوتی ہے۔ خواہ ذہنی کیفیت کے متعلق
سرکاری وکیل کے حکم کے ماتحت ہی قیدی کا امتحان کیا گیا ہو بعض جج طبیب کو صرف
یہی بیان کرنے کی اجازت دیتے ہیں کہ اس نے قیدی سے ملاقات کے دوران
میں کیا کچھ دیکھا اور سنا۔ وہ کسی ماہرانہ شہادت کی اجازت نہیں دیتے اور یہ حکم
لگا دیتے ہیں کہ جنون یا عدم جنون کے بارے میں اظہار رائے کی اہلیت صرف
جیوری ہی کو حاصل ہے تاہم بعض جج ماہرانہ شہادت منظور کر لیتے ہیں۔

جب مقدمہ اسائزز (Assizes) میں پہنچتا ہے تو ملزم کو جیوری عالیہ
(Grand Jury) کے روبرو لیجایا جاتا ہے، جن کا کام یہ ہے کہ قیدی کی کیفیت
ذہنی کا لحاظ کئے بغیر بل (bill) کو صحیح یا غلط قرار دیں جنون یا عدم جنون کے
سوال سے جیوری عالیہ کو کچھ بحث نہیں۔ اگر بل صحیح قرار دیا جائے تو ملزم کو جج
اور جیوری خفیفہ کے روبرو حاضر کیا جاتا ہے اور اسے جوابدہی کرنے کا حکم
دیا جاتا ہے۔ اگر اس کی ذہنی حالت سے یہ شبہ پیدا ہو کہ وہ جوابدہی کی قابلیت

نہیں رکھتا تو پیش کردہ شہادت کی بناء پر جیوری اس امر کا فیصلہ کرتی ہے کہ آیا وہ مقدمہ کی سماعت میں حصہ لینے کے قابل ہے یا نہیں۔ اگر جیوری کا فیصلہ یہ ہو کہ ملزم دیوانہ ہے اور جوابدہی کی قابلیت نہیں رکھتا تو عدالت فی الفور یہ حکم صادر کر دیتی ہے کہ اسے تا مرضیٔ ملک معظم نظر بند رکھا جائے۔ اس کے بخلاف اگر جیوری کی یہ رائے ہو کہ ملزم جوابدہی کے قابل ہے تو بطریق معمولی مقدمہ کی سماعت کی جاتی ہے۔ لیکن یہ فیصلہ کہ ملزم جوابدہی کرنے کے قابل ہے کسی دیگر جیوری کو یہ فیصلہ دینے سے باز نہیں رکھ سکتا کہ عندالارتکاب وہ دیوانہ تھا۔ قانون سماعت مقدمات مجانین ۔ ۱۸۸۴ء وکٹوریہ چارٹر ۳۸ کا اقتضا یہ ہے کہ اگر جیوری پر یہ بات روشن ہو جائے کہ شخص متہمہ نے کسی مجرمانہ فعل کا ارتکاب کیا ہے لیکن بوقت ارتکاب وہ دیوانہ تھا تو وہ بدیں مطلب ایک خاص فیصلہ صادر کرتی ہے۔ اس کے بعد عدالت یہ حکم دیتی کہ تاوقتیکہ ملک معظم کی مرضی معلوم نہ ہو جائے، ملزم کو ایک مجنون مجرم کی حیثیت سے زیر حراست رکھا جائے۔ قیدی کو دارالمجانین مجرماں میں منتقل کر دیا جاتا ہے، اور اس وقت تک آزاد نہیں کیا جاتا، جب تک کہ معتمد حکومت کی رائے میں اس کی آزادی امن عامہ کے موافق نہ ہو۔

۳۲۲۰ اشخاص کے متعلق جو پاگل مجرموں والے براڈمور (Broadmoor) کے دارالمجانین میں تا ختم سال ۱۹۱۲ء داخل ہوئے، طبی منتظم نے حسب ذیل اعداد وشمار پیش کئے ہیں۔

	کل تعداد داخل کردہ	داخل کردہ بجرم قتل عمد یا اقدام قتل عمد
۱۔ وہ اشخاص جو انتظار سماعت و انتظار فیصلہ کے دوران ہی میں دیوانے قرار دیئے گئے۔	۱۹۴	۱۳۵
۲۔ وہ اشخاص جو دوران سماعت میں دیوانے پائے گئے۔	۵۲۷	۳۴۷
۳۔ وہ اشخاص جو جنون کی بناء پر بری کر دیئے گئے یا وہ جو قصوروار پائے گئے لیکن قانون سماعت مقدمہائے مجانین کے اقتضا کے مطابق دیوانے قرار دیئے گئے۔	۱۲۲۸	۱۰۶۱

۴۔ وہ اشخاص جن کی سزا دیوانگی کی بنا پر معطل کردی گئی۔	۵۴	۵۴
۵۔ وہ اشخاص جو سزا بھگتنے کے دوران میں دیوانے پائے گئے۔	۱۲۱۷	۱۶۸
	۳۲۲۰	۱۷۶۵

یہ دیکھا جائے گا کہ قتل عمد یا اقدام قتل عمد کے جرم میں ۱۷۶۵ اشخاص داخل ہوئے۔ ان میں سے ۳۰ فیصدی سے کم، دوران سماعت اور انتظار سماعت میں ہی دیوانے قرار دیئے گئے، اور ۲۷ فیصدی اتنے ہوشمند گردانے گئے کہ ان کے مقدمہ کی سماعت کیجا سکتی تھی۔

یہ ناقص طریق کارروائی مختلف قسم کی خرابیوں کا موجب ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ جس فعل کی بناء پر اسے گرفتار کیا گیا ہو، اسکے ارتکاب کے بعد ایک معتد بہ مدت تک کوئی ماہر معائنہ نہیں کرتا۔ قانون متقضی ہے کہ جنون کی موجودگی اس وقت جبکہ فعل کا ارتکاب ہوا ہو ثابت کی جائے پس قیدی کے ذہن کی تفتیش جس قدر اس فعل کے قریب زمانہ میں ہوگی، اتنا ہی اس کے غیر مشکوک ہونے کا امکان زیادہ ہوگا۔ نیز اکثر اوقات جنون کی کم واضح اشکال کو پہلی بار اس وقت بطور حجت پیش کیا جاتا ہے جب کہ قیدی سزا یاب ہو چکا ہوتا ہے بلکہ ممکن ہے کہ کوئی طبیب جس نے اتفاقاً اس موضوع پر رائے قائم کر لی ہو، جنون یا عدم جنون کے بارے میں شہادت بھی دے دے۔ اس سے ایک خطرناک میلان پیدا ہوتا ہے یعنی ماہرین پر ضرورت سے زیادہ زور دیا جاتا ہے اور قیدی کے وکیل کی امداد سے بہر نوع فتح حاصل کرنے کی کوشش کی جاتی ہے۔

اکثر اوقات حقیقی یا فرضی توارث پر بہت زور دیا جاتا ہے۔ اس کی اہمیت کا اندازہ حد سے زیادہ کیا جاتا ہے۔ بکنل[1] (Bucknill) نے گائٹو (Guiteau) کے

306

---

[1] Brain, 1883

مقدمہ میں جو کہ جنرل گارفیلڈ (Garfield) صدر ریاستہائے متحدہ کا قاتل تھا، دیوانگی کے عذرات پر بحث کرتے ہوئے یہ سوال بڑے زوردار طریقہ سے کیا ہے "زمانہ حال میں، اثباتِ جنون کی اس دلیل کو جو کہ ذہنی مرض کے موروثی رجحان کے مزعومہ انتقال پر مبنی ہے نہایت ہی لغو اور ناجائز کثرت سے استعمال کیا گیا ہے چنانچہ میرا یہ خیال ہے کہ اگر اسے تحقیقاتِ عدالتی سے کلیتہً خارج کر دیا جائے، تو عدل وانصاف کے مفادات کو ہرگز کوئی نقصان نہیں پہنچیگا۔ کیونکہ اگر یہ بیّن طور سے دکھلا بھی دیا جائے کہ ایک شخص کے ماں باپ، دادا دادی، نانا نانی، اور ماں باپ کے بھائی بہن بے شبہ دیوانہ تھے، تو اس سے اس امر کا بالکل ثبوت نہیں ملتا کہ وہ شخص خود بھی دیوانہ تھا۔ اس قسم کی شہادت زیادہ سے زیادہ اس گمان کو تقویت پہنچاتی ہے کہ اسکی دیوانگی ایسے حالات کے تحت بھی جن کا وجود اگر وہ دیوانہ نہ ہوتا تو زیادہ مشکوک سمجھا جاتا۔"

اخلاقی سخافت (imbecility) ہمیشہ وکلاء کے لئے ایک سنگ راہ ثابت ہوتی ہے، کیونکہ وہ اسے انتہائی بد اخلاقی کی طبی تعریف سمجھتے ہیں۔ اس موضوع پر جو کچھ بیشتر کہا جا چکا ہے اس کے پیش نظر یہ اعتراف کرنا پڑتا ہے کہ انکے اس نظریہ کے لئے کچھ نہ کچھ دلیل ضرور موجود ہے، کیونکہ ان کیفیتوں میں ٹھیک ٹھیک امتیاز قائم کرنا ناممکن ہے۔ بقول ماڈزلے (Maudsley) جنون وجرم کے مابین گویا ایک برزخی درجہ پایا جاتا ہے۔ ہم اس برزخ کی ایک سرحد کے قریب دیوانگی کم اور گناہگاری زیادہ پاتے ہیں، اور دوسری سرحد کے قریب گناہ گاری کم اور دیوانگی زیادہ پاتے ہیں۔

اس موضوع پر کی ایک ابتدائی فصل میں یہ بیان کیا گیا تھا کہ اختباطات دیوانگی پر دلالت کرتے ہیں۔ تاہم یہ کہنا درست ہے کہ دیوانگی اختباط کے بغیر بھی ہو سکتی ہے۔ وکلا کے لئے اس بات کا تسلیم کرنا ایک مشکل امر ہے، اور ان میں اکثر اسے تسلیم کرنے سے انکار کرتے ہیں۔ سادہ اخلاقی سخافت کے مقدمات میں عذر قائم کرنے کے لئے بہت حد تک ملزم کی سابقہ خاندانی سرگذشت اور اس کی ذاتی سرگذشت پر بھروسہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

ان مثالوں میں جن میں اخلاقی ادراک کا فقدان ترقی کن مرض ذہنی مثلاً شلل عمومی کا نتیجہ ہو، متلازم علامات تلاش کرنی چاہئیں۔

حکومت بنام ایڈمنڈز (Reg. v. Edmunds) (C.C.C. 1872) کا مقدمہ اس امر کی ایک عمدہ مثال ہے کہ اخلاقی سخافت کس طرح مجرمانہ افعال کے ارتکاب کا موجب ہوتی ہے۔ ایسے افعال میں مجرم سے اشتباہ ہٹانے اور اس کا رخ ایسے لوگوں کی جانب پھیرنے کا قصد کیا جاتا ہے جنھوں نے کوئی قصور نہ کیا ہو چنانچہ بلاتامل و بلاپشیمانی بے گناہ لوگوں کی زندگیاں قربان کر دیتی ہیں۔ کرسچیانا ایڈمنڈز (Christiana Edmunds) پر جسکی عمر ۴۳ سال تھی ایک خردسال لڑکے مسمی بارکر (Barker) کے قتل عمد کا الزام لگایا گیا۔ اس لڑکے نے کچھ چاکولیٹ کریم (chocolate cream) کھائے جو کہ اس نے ایک معزز حلوائی کی دکان سے خریدے تھے۔ آدھ گھنٹہ بعد وہ سٹرکنین کے تسمم کی علامات سے مرگیا، اور بعد ازاں مشمولات معدہ میں اس الکلائیڈ کی موجودگی شناخت کی گئی۔ ثابت یہ ہوا کہ قیدی نے جھوٹے بہانوں سے سٹرکنیا (strychnine) کی ایک معتدبہ مقدار حاصل کرلی اور دوافروش کی کتاب السموم (poison book) اپنے قبضہ میں کر کے ان اوراق کو جن پر یہ خرید درج تھی پھاڑ ڈالا۔ معلوم ہوا کہ اس نے ایک حصہ زہر کا کچھ چاکولیٹ کریموں میں ملادیا اور ایک خردسال لڑکے کو کہا کہ وہ اس کے لئے کچھ اور کریم خرید لائے۔ جب وہ لایا تو اس کو کہا کہ یہ تو بہت بڑے ہیں اور پھر بدلوانے کی غرض سے واپس بھیج دیئے، لیکن دراصل ان کی بجائے زہرآلود کریم دیدیئے لڑکا اس حال سے بے خبر تھا۔ جب یہ کریم حلوائی کے پاس واپس آگئے تو اس کی معمولی اشیائے فروختنی کے ساتھ ہی رکھ دیئے گئے کہ اپنے وقت مقررہ پر فروخت ہوجائیں۔ ان زہرآلود مٹھائی کے ایک یا زیادہ ٹکڑوں سے اس لڑکے بارکر (Barker) کی کہ جس سے قیدی قطعاً ناآشنا تھی موت واقع ہوگئی۔ پھر اس عورت نے متعدد لڑکوں کو خود بھی یہ زہرآلود مٹھائی کھلائی، جس سے وہ بیمار ہوگئے۔ اس عورت نے قبل اس کے کہ اس پر کوئی حرف آئے حلوائی کو جس نے مٹھائی فروخت کی تھی پھنسانے کی غرض سے متوفی کی نعش کی تفتیش (inquest) میں خود بخود شہادت دی؛ اور متوفی کے والد کو گمنام چٹھیاں لکھیں جن میں اس کو حلوائی کے خلاف قانونی کارروائی کرنے پر ابھارا، یہ اس نے اس لئے نہیں کیا کہ اس کو حلوائی کی طرف سے کوئی کینہ تھا،

بلکہ شبہ کا رخ اپنے آپ سے دوسری جانب پھیرنے کی غرض سے کیا۔ زمانہ ماضی میں اس پر یہ الزام لگایا گیا تھا کہ وہ ایک خاتون کو کہ جس کے خاوند پر وہ فریفتہ ہو گئی ہے زہر دینے کی کوشش کر رہی ہے۔ حقیقت میں مذکورہ بالا پبلک زہر خورانی سے جو اس قدر پہتم بالشان طریقہ سے عمل میں لائی گئی بظاہر یہ ظاہر کرنا مقصود تھا کہ اس خاتون کی ناسازی طبع بھی زہر آلود مٹھائی ہی سے پیدا ہوئی ہے اور یہ کہ اس کا سبب حلوائی کی غفلت ہے۔ دوران شہادت میں یہ ثابت ہوا کہ قیدی کا باپ دو مرتبہ زیر نگرانی رہ چکا ہے، اور یہ کہ وہ ایک دارالمجانین ہی میں فوت ہوا۔ ایک بھائی کو صرع تھی، اور وہ ارلسز وڈ کے دارالمجانین میں مرا تھا، ایک بہن ہسٹریا زدہ تھی، اور اس نے ایک دریچہ میں سے گرنے کی کوشش کی تھی۔ اس خاندان کے باقی افراد مختلف داءت نفسی میں مبتلا رہ چکے تھے۔ قیدی کو اخلاقی مجنون ثابت کرنے کی غرض سے ماہر اطبا طلب کئے گئے۔ اس میں کوئی عقلی نقص نہ تھا، اور وہ اختباطات سے معرا تھی لیکن اس کو اپنے مرتبہ اور اپنے جرائم کی اہمیت کا بالکل احساس نہ تھا۔ اس کو قصور وار ٹھیرایا گیا، اور سزائے موت کا حکم سنایا گیا۔ بعد ازاں یہ سزا بدل دی گئی اور اس کو براڈمور (Broad-moor) دارالمجانین میں نظر بندی کی سزا ہو گئی۔

اخلاقی سخافت کا یہ ایک تمثیلی مقدمہ ہے، خاصکر اس لئے کہ یہ انتہائی بداخلاقی کی حالت سے نمایاں مشابہت رکھتا ہے۔ ایک طبی گواہ نے کہا کہ ملزمہ مرض اور گناہگاری کے درمیان درمیانی برزخ میں ہے۔ اس میں بالکل شک نہیں کہ مرض ذہنی نے جو کہ بالاترین مراکز کے ناکامل ارتقا کی صورت میں تھا ملزمہ سے ایک صحیح العقل شخص کی قوت ضبط نفس سلب کر لی تھی، اور یہ اس کے مجرمانہ طرز عمل کا اصل سبب تھا۔

قانونی شخص کے لئے اخلاقی سخافت کی نسبت عتاہت (paranoia) زیادہ جاذب توجہ ہے۔ لیکن اگر اختباطات موجود ہوں تو یہ ضروری ہے کہ ان کی نوعیت اس قسم کی ہو کہ وہ نیکی اور بدی کے درمیان تمیز کرنے کی قوت سلب کر لیں۔ وکلاء علامت جنون کی حیثیت سے اختباطات کی موجودگی کو بہت اہمیت دیتے ہیں، اور یہ اعتراف کرتے ہیں کہ اختباطات کا غلبہ کسی شخص کی قوت فیصلہ کو اس حد تک مختل کر دیتا ہے کہ اس کا طرز عمل ہوشمندانہ

نہیں رہتا۔ مارٹن بی (Martin B.) نے حکومت بنام ٹونلے (Reg. v. Townley) (Derby Winter Assize 1863) کے مقدمہ میں شہادت کا اختصار پیش کرتے ہوئے کہا کہ دیوانہ آدمی سے قانون کی مراد ایسے شخص سے ہے، جو اختباط کے ماتحت افعال کرتا ہو یعنی ایک ایسی صورت حالات مانتا ہو، جو موجود نہیں اور اس صورت حال کی بنا پر عمل کرتا ہو۔ لہذا محض اختباطات خواہ طبیب کے لئے وہ مرض ذہنی کا ثبوت ہی کیوں نہ ہوں قانون کی نظر میں ایسا ثبوت اسی صورت میں ہوں گے جبکہ کوئی فرد ان کے سبب سے یہ علم کھو بیٹھے کہ اس فعل کی جس کا وہ مرتکب ہوا ہو نوعیت اور صفت کیا ہے۔ اس سے کمتر درجہ کے اختباطات کو وکلاء جزوی اختباطات پکارتے ہیں، اور سمجھتے ہیں کہ ان سے مجرمانہ فعل کی ذمہ داری زائل نہیں ہوتی۔

جن اختباطات کی وجہ سے بسا اوقات اُن کے موضوع قانونی گرفت میں آجاتے ہیں، وہ یا تو ایذا رسی کے اختباطات ہوتے ہیں یا ایسا ضرر یا نقصان پہنچنے کے احساس کے ہوتے ہیں جسمیں انصاف کی سخت ضرورت ہو جنوں کے قانونی کاشفہ کے لئے جو پیشتر مذکور ہوا ہے ہم کسی اسی قسم کے مقدمہ کے رہین منت ہیں۔ وہ یہ کہ ۱۸۴۳ء میں مکناٹن (McNaughton) کو جنون کی بنا پر بری کر دیا گیا۔ چونکہ اس وقت انصاف میں مزعومہ خلل واقع ہونے کے متعلق بہت شور و غل ہوا، لہذا دارالامراء نے جنون کے عذر کے متعلق ایک مستند حکم حاصل کرنے کی غرض سے ججوں پر چند سوالات کئے۔ مذکورہ بالا موضوع سے متعلق قانون جس کی تشریح اوراق سابق میں کی گئی ہے، انہی سوالات پر مبنی ہے۔ اس فقدانِ ضبط نفس کی مثال جو اختباط سے واقع ہوتا ہے حکومت بنام ڈاڈول (Reg. v. Dodwell) (C. C. C. 1878) کے مقدمہ سے ملتی ہے۔

قیدی ایک پادری تھا اور وہ ایک قانونی مقدمہ میں پھنس گیا۔ اس کا اپنے مشیر قانونی سے بگاڑ ہو گیا جس کے بعد اس نے اپنے مقدمہ کی پیروی اپنے آپ ایسی بے ڈھنگی سے کی کہ اس کا مدعا حاصل نہ ہوا۔ اس بنا پر اس کو یہ وہم ہو گیا کہ اس کی تکالیف کا منبع ماسٹر آف رولز (Master of Rolls) ہے۔ ایک دن صبح کو وہ ہز لارڈشپ (His Lordship) کی تاک میں رہا اور اس پر پستول کا فائر کر دیا لیکن ہز لارڈشپ کو کوئی گزند نہ پہنچا کیونکہ پستول صرف

بارود اور واڈنگ (wadding) سے بھرا ہوا تھا قیدی نے بتایا کہ اس کا واحد مقصد اپنی تکالیف کی جانب عوام کی توجہ منعطف کرانا تھا۔ سماعت کے دوران میں ماسٹر آف رولز (Master of Rolls) نے بیان کیا کہ قیدی اشتعال پذیر اور بے ربط گو ہے اور اختباط میں مبتلا نظر آتا ہے۔ طبی شہادت دونوں طرف سے طلب نہیں ہوئی، اور جیوری نے جنون کی بنا پر بے قصور ہونے کا فیصلہ صادر کر دیا۔ اس مقدمہ میں جنون کی کوئی قانونی شہادت موجود نہ تھی۔ ممکن ہے کہ قیدی کا فعل اشتعال پذیری کے سبب سے ہو یا اپنی تند مزاجی کو روکنے میں مجرمانہ غفلت کرنا اس کا سبب ہو لیکن تمام شہادت اس ثبوت پر منتج ہوتی تھی کہ وہ فعل کی نوعیت سے اور اس امر سے کہ وہ برا کر رہا ہے کامل طور سے آگاہ تھا۔ ممکن ہے کہ جرم کا سنگین ہونا (یعنی ایک بلند مرتبہ قانونی عہدہ دار پر فائر کرنا) ہی جنون کے ثبوت کے لئے کافی سمجھ لیا گیا ہو۔ ڈاڈول (Dodwell) کی بعد کی سرگذشت مجنونانہ اضطرارات کے توالی کے بارے میں دلچسپی سے خالی نہیں، کیونکہ اگرچہ وہ جنون کے قانونی معیار پر صحیح نہیں اترا تاہم اگر اسے طبی نقطہ نگاہ سے دیکھا جائے تو وہ اختباطی جنون کا شکار تھا۔ سماعت کے بعد اسے براڈمور (Broadmoor) میں منتقل کر دیا گیا جہاں ۱۸۹۲ء میں اس نے دار المجانین کے خاص طبیب (chief physician) پر قاتلانہ حملہ کا ارتکاب کیا، اور اسکے سر کی چوٹی پر ایک رومال سے لٹکے ہوئے پتھر کے ذریعہ ایک سخت ضرب لگائی۔ محرک جس نے اس کو برانگیختہ کیا، وہی تھا جس نے اسے ماسٹر آف رولز (Master of Rolls) پر پستول کا فائر کرنے پر مجبور کیا تھا۔ اس نے بیان کیا کہ چونکہ اس کی شکایات دور کرنے کے لئے اس کا سابقہ فعل ناکافی ثابت ہوا تھا، اس لئے اس نے ایک سنگین تر فعل کے ارتکاب کرنے کا تہیہ کر لیا تھا۔ وہ اس نتیجہ پر پہنچا تھا کہ جس سازش کا وہ خود کو شکار تصور کرتا تھا، اس سے مخلصی حاصل کرنے کے لئے قتل عمد سے کمتر کوئی چیز کافی نہ ہوگی۔

جب اطبا کو قیدی کے جنون یا عدم جنون کے بارے میں رائے دینے کے لئے طلب کیا جائے تو ان کے اس وقت کیا فرائض ہیں۔ اس کے متعلق یہ بیان کرنا ضروری ہے کہ متعدد مثالوں میں ایک قابل وثوق نتیجہ پر پہنچنا ناممکن ہوتا ہے، بغیر اس کے کہ فرد کو کچھ مدت تک زیر مشاہدہ رکھا جائے۔ بالعموم متعدد

ملاقاتوں کی اجازت دی جاتی ہے۔ ان ملاقاتوں کیلئے اور قیدی کی خاندانی اور ذاتی سرگذشت معلوم کرنے کیلئے ہر قسم کی سہولت بہم پہنچائی جاتی ہے لیکن بعض مثالوں میں اس سے زیادہ علم حاصل کرنے کی ضرورت ہے گو کہ وہ ناممکن الحصول ہوتا ہے۔ ایسے مریضوں کے متعلق یہ ممکن ہونا چاہیئے کہ انکو نہ صرف ماہر الطبا کی نگہداشت میں بلکہ ان خدمتگاروں کی نگہداشت میں بھی جو دیوانوں سے مانوس ہوں رکھا جا سکے۔ بغور اور مسلسل مشاہدہ سے اصابت کی حقیقی نوعیت کے متعلق قابل وثوق رائے قائم کی جاسکتی ہے۔ طبیب کے لئے محض سرسری ملاقات کے بعد گواہی کے کٹہرے میں جانا اور (بصورت اجازت) قیدی کے جنون کے بارے میں ادعائی بیانات پیش کرنا حق بجانب نہیں ہے بجز اس صورت کے کہ ذہنی حالت اس درجہ صاف اور واضح ہو کہ اس میں شبہ کی بالکل گنجائش ہی نہ ہو۔

اگر سماعت سے قبل ہی جنون کے عذر سے نپٹ لیا جائے تو یہ امر ہر اعتبار سے فائدہ رساں ہوگا لیکن قانون کی موجودہ صورت اس تجویز کی سنگ راہ ہے۔ قانون جیسا کہ جج اس کی تاویل کرتے ہیں اس چیز کی رعایت نہیں کرتا۔ البتہ سکریٹری آف اسٹیٹ (Secretary of State) کو رائے عامہ کے سامنے سر تسلیم خم کر کے اس کی بعد میں رعایت کرنی پڑتی ہے۔ اس کا نتیجہ روزانہ اخبارات میں وہ نازیبا بحث وتمحیص ہے جو سزائے موت کے بعد اس قدر عام ہے۔ مقدمات کے ایک گروہ میں یہ شور وغل اس مخلصانہ یقین کا نتیجہ ہوتا ہے کہ ایک فاحش عدالتی غلطی ہو گئی ہے۔ ان مثالوں میں بلا شبہ مقصد کے پیش نظر ذرایع غیر بجانب ہوتے ہیں۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر سزا یافتہ کی صحیح العقلی میں شبہ کرنے کے لئے معقول وجوہ ہوں تو اسے پھانسی دینے کی بجائے براڈمور (Broadmoor) میں بھیج دیا جاتا ہے۔

آرنج (Orange) نے قانون فوجداری کے جرائم کے سلسلہ میں طبی نفسیاتی جماعت (Medico-Psychological Association) کے سالانہ اجلاس میں مضمون پر ایک پر مغز خطبہ دیا تھا۔ یہ خطبہ اور اس کی بحث وتمحیص ۱۸۸۳ء کے رسالہ مینٹل سائنس (Mental Science) میں درج ہے۔ اسی مصنف نے ٹیوک (Tuke) کی لغت طب نفسیاتی (Dictionary of Psychological Medicine) میں بھی ذمہ داری جرم کے سوال پر جامعیت کے ساتھ بحث کی ہے۔ نیز ملاحظہ ہو ذمہ داری جرم

نوشتہ چارلس مرسیر ایم۔ بی (Charles Mercier M. B.) ۱۹۰۵ء۔ مصنف
ہذا نے اس سوال پر رسالہ پریکٹشنر (Practitioner) دسمبر ۱۹۲ء میں بحث کی ہے

مخموریت کا تعلق ذمہ داری جرم سے

اس سوال کے متعلق کہ مخموریت کے زیر اثر کیئے ہوئے جرائم میں مخموریت
کی بناپر سزا میں کس حد تک کوئی تخفیف ہوتی یا سزا روک دیجاتی ہے، قانون کوئی خاص
قواعد مقرر نہیں کرتا۔ شدید جرائم سے بحث کرتے وقت مندرجہ ذیل اصولوں سے
ججوں کی رہنمائی ہوتی ہے۔ محض مستی کی حالت ہرگز ارتکاب جرم کا عذر نہیں ہو سکتی۔ لیکن اگر 303
طویل شراب خوری سے دماغ مختل ہو جائے تو اس حالت کو معمولی جنون کے برابر
شمار کیا جاتا ہے اور اسے ذمہ داری جرم کے خلاف بطور عذر پیش کیا جا سکتا ہے۔
مذکورہ بالا بیان میں یہ نظریہ اختیار کیا گیا ہے کہ محض نشہ کی حالت کو اس جرم کے لئے
جو اس کے زیر اثر کیا گیا ہو، اس لئے عذر نہیں سمجھا جا سکتا کہ فقدان ضبط نفس اس شخص
کے اپنے قصور سے پیدا ہوتا ہے۔ مقدمہ حکومت بنام ولیمز (Reg. v Williams)
(Old Bailey 1886) میں ڈنمین جج (Denman J.) نے یہ فیصلہ
دیا کہ اثنائے مخموریت میں کیا ہوا جرم ایسا ہی ہے گویا کہ وہ ہوش میں کیا گیا ہو لہذا جیوری کو
اس سوال سے بحث نہیں کہ یہ شخص شراب پیئے ہوئے تھا۔ قیدی سے یہ توقع کیجاتی ہے کہ
وہ شراب کے اثرات سے آگاہ ہوگا۔ اگر اس نے شراب کے ذریعہ اپنے
حواس زائل کر لئے تو یہ ہرگز کوئی عذر شمار نہیں کیا جا سکتا۔ سر ہنری جیمس (Sir
Henry James) نے یہ رائے ظاہر کی ہے کہ ایک شخص جو اعتدال سے زیادہ
شراب پینا پسند کرتا ہے، اور مخمور ہو کر وقتاً فوقتاً بہیمانہ افعال کا مرتکب ہوتا ہے
اسکو یہ سبق دینا ضروری ہے کہ وہ الکحل کے زیر اثر ہونے کے لئے اور ان افعال
کے لئے جو اس اثر سے سرزد ہوتے ہیں جوابدہ ہے۔ البتہ نیت کے سوال کا اس
صورت میں لحاظ کیا جا سکتا ہے جب کہ نیت ارتکاب کردہ جرم کا لازمی جزو ہو۔ حکومت

بنام ڈوہرٹی (16 Cox C. C. 306) (R .v . Doherty) کے مقدمہ میں
جس میں ملزم نے شراب کے زیراثر ایک شخص کو گولی ماردی تھی، فٹز جیمس سٹیفن
(Fitziames Stephen) نے جیوری سے کہا" اگرچہ آپ مخموریت کو جرم کے لئے
عذر تصور نہیں کرسکتے، تاہم جب جرم اس قسم کا ہو کہ ارتکاب کرنے والے فریق
کی نیت اس جرم کا جز ولاینفک ہو تو آپ اس امر پر غور کرتے وقت کہ آیا اس شخص
کے دل میں قابل الزام نیت پیدا ہوئی تھی یا نہیں، اسکے مخمور ہونے کے واقعہ کا لحاظ
کرسکتے ہیں۔ ایک مخمور شخص کے دل میں دوسرے کو قتل کرنے کی نیت پیدا ہوسکتی ہے۔ اگر
واقعی اسکے دل میں یہ نیت پیدا ہو، تو خواہ یہ نیت مخموریت آلودہی کیوں نہ ہو وہ
ویسا ہی قتل عمد کا قصوروار ہے گویا وہ باہوش تھا"۔

یہ واقعہ کہ شراب تمام لوگوں پر یکساں درجہ تک اثر نہیں کرتی،
بہت بڑی بحث کا موجب ہوتا ہے۔ ایک آدمی فطرتی یا اکتسابی اثر پذیری کی وجہ سے
اتنی مقدار شراب کے زیر اثر مانیازدہ ہوجاتا ہے کہ جو عام آدمی کو نہایت ہی
خفیف طور سے متاثر کرتی ہے ۔ ایسے آدمی کی شراب کے زیراثر جو حالت
ہوتی ہے، وہ انتہائی مخموریت کی بجائے صادق جنون کی حالت سے زیادہ مماثل
ہوگی ۔ بداہتہً اس کا جواب یہ ہے کہ اس مزاج کے آدمی کو شراب نہ پینا چاہیئے۔
اگر وہ پیتا ہے تو اپنی ذمہ داری پر پیتا ہے ۔ اخلاقی نقطۂ نگاہ سے تو اس
سوال کا حل مشکل ہے، لیکن عاملان قانون اسی نظریہ کے مطابق عمل کرتے ہیں
جس کی تصریح اوپر کی گئی ہے۔ اگر کوئی شرابی جزوی طور سے مخمور اور جزوی
طور سے مجنون ہو تو اس کو ایسے ہی سزادیتے ہیں گویا وہ کلیتہً شرابی ہو ۔ وہ ایسا کرنے
میں اس لئے حق بجانب ہیں کہ اگر کثرت سے شراب پینے والوں کی اس یقین کی
ہمت افزائی کیجائے کہ شراب کے زیر اثر کئے ہوئے جرائم کے ساتھ نرم برتاؤ
کیا جائے گا تو اس سے بہت ہی فساد ہونے کا امکان ہے ۔

جب ذہنی اختلال، الکحل کے اثرات بعیدہ، مثلاً ہذیان ارتعاشی کا نتیجہ ہو،
تو بالعموم جج تسلیم کرلیتے ہیں کہ یہ جنون کی حالت ہے، اور اس کے ساتھ ویسا ہی
برتاؤ کرتے ہیں، لیکن اس صورت میں بھی جنون کا قانونی امتحان

کرنا، اور اس سے قیدی کی ذمہ داری جرم کا اندازہ لگانا ممکن ہوتا ہے۔ متعدد جج اس امر پر بہت زور دیتے ہیں کہ وہ ذہنی اختلال، جو ہذیان ارتعاشی کے ہمراہ پایا جاتا ہے مستقل ہوتا ہے لیکن یہ مشکوک امر ہے کہ وہ لفظ "مستقل" سے ٹھیک ٹھیک کیا مراد لیتے ہیں۔ غالباً یہ لفظ زیادہ اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ کسی فرد کے شراب خوری ترک کر دینے کے بعد ایک مدت معینہ تک علامات برقرار رہتی ہیں، یہ نہیں کہ ایک بالکل مستقل مجنونانہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

مقدمہ حکومت بنام مگووان (Manchester Assizes (Reg. v. M'gowan)
1878) میں منسٹی جج (Manisty J.) نے یہ قرار دیا کہ "جب کوئی مرضی حالت کسی شخص کے اپنے افعال کا نتیجہ ہو، مثلاً ہذیان ارتعاشی جو کثرت شراب خوری کا نتیجہ ہے، تو وہ ہرگز کسی شخص کے ارتکاب جرم کے لئے بہانہ نہیں ہو سکتی تاوقتیکہ اس طور سے پیدا شدہ مرض مستقل نہ ہو"۔ بعد ازاں حکومت بنام بینز (Reg. v. Baines) (Lancaster Assizes) میں ڈے جج (Day. J.) نے اس سے کم سخت فیصلہ دیا، اور کہا کہ "سوال یہ ہے کہ جنون موجود ہے یا نہیں۔ یہ امر غیر اہم ہے کہ جنون اس شخص کا اپنا پیدا کردہ ہے یا اس کے آبا و اجداد کے گناہوں کا نتیجہ ہے۔ یہ امر بھی غیر اہم ہے کہ جنون مستقل ہے یا عارضی"۔ مسٹر جسٹس ڈے (Justice Day) نے مزید تصریح یوں کی کہ "اگر کوئی شخص ایسی حالت نشہ میں ہو کہ اس کو اپنے افعال کی نوعیت کا، یا ان کے بد ہونے کا علم نہ ہو، تو اس کا فعل قابل معافی ہوگا"۔ یہ فیصلہ محولہ فوق فیصلہ سے جو کہ جے ڈینمین (J. Denman) نے دیا ہے، اور ایسا ہی حکومت بنام برنز (Reg.v . Burns) میں اس فیصلہ سے جو کہ برمول بی (B. Bramwell) (Liverpool Assizes 1365) نے دیا ہے نمایاں طور پر مختلف ہے۔ برامول کا فیصلہ یہ ہے کہ "مخموریت کوئی عذر نہیں ہے، اور قیدی شراب پیکر خود کو ارتکاب جرم کا حقدار نہیں بنا سکتا۔ لیکن اگر بوجہ شراب نوشی کے اس کا دماغ معتد بہ طور پر خراب ہو گیا ہو تو ایک معقول وجہ برأت پیدا ہو جاتی ہے"۔ اس فیصلہ میں لفظ "معتد بہ طور پر" کا لفظ حکومت بنام گوون (Reg. v. Gowan) میں دیئے ہوئے محولہ فوق فیصلہ کے لفظ "مستقل" کا بدل ہے۔ بظاہر یہ لفظ ایک مختل ذہنی حالت کی جانب اشارہ کرتا ہے جو کہ کثرت شرابخوری سے پیدا ہوئی ہے لیکن نظام میں الکحل کی فوری

310

موجودگی کا نتیجہ نہیں بلکہ دماغ کے بالائز لیول میں پیدا شدہ زیادہ دیرپا تغیرات کا نتیجہ ہے۔ ان کے سبب سے ضبط نفس کی طاقت کم ہو جاتی یا کلیتہً معدوم ہو جاتی ہے، اور فرد اضطرابات میں مبتلا ہو جاتا ہے، اور اپنے افعال کی نوعیت اور صفات سے لاعلم ہو جاتا ہے۔

تازہ ترین مقدمہ جس میں الزام جرم کی موجودگی میں مخموریت کا عذر پیش کیا گیا، ۱۹۱۹ء، ۱۹۲۰ء میں حکومت بنام بئیرڈ[له] (R. v. Beard) کا ہے۔ بیرڈ (Beard) نے شراب پی چکنے کے بعد ایک ۱۳ سالہ بچی کے ساتھ زنا بالجبر کیا، اور اس کی چیخ و پکار روکنے کی مساعی میں اس کا گلا گھونٹ ڈالا۔ بوقت سماعت صفائی کی طرف سے یہ ادعا کیا گیا کہ وہ اس قدر مخمور تھا کہ نہیں جانتا تھا کہ وہ کیا کر رہا ہے، باوجود اس کے اسے قتل عمد کا قصور روار ٹھیرایا گیا۔ مرافعہ دائر کرنے پر عدالت مرافعہ نے قتل عمد کی سزا منسوخ کر دی، اور اس کی بجائے قتل انسان کا فیصلہ صادر فرمایا۔ بعد ازاں اس مقدمہ کے متعلق دار الامرا سے استصواب رائے کیا گیا، جس نے عدالت مرافعہ کا فیصلہ بدل کر قتل عمد کے فیصلہ کو بحال رکھا۔ اس مقدمہ میں بلاشبہ شخص مذکور اس قدر مخمور نہ تھا کہ وہ زنا بالجبر کے جرم کے ارتکاب کی نیت ہی نہیں کر سکتا تھا۔ پس اسے ایک مزید متشددانہ فعل کے لئے، جو کہ موت کا سبب ہوا اور ابتدائی جرم کا نتیجہ تھا، غیر ذمہ دار تصور نہیں کیا جا سکتا۔

(ب) جنون کا صداقت نامہ

(Lunacy Certificates)

قبل اس کے کہ کسی مختل الحواس شخص کو قانوناً زیر نگرانی رکھا جا سکے بعض شرائط کا، جو کہ آئین مجلس شوریٰ کے مقرر کردہ ہیں، پورا ہونا ضروری ہے۔ قانون رعایا کی آزادی کی بڑی خبرداری کے ساتھ حفاظت کرتا ہے۔ ان لوگوں پر جنکو اداروں یا نجی مکانات میں مجنون اشخاص کا علاج کرنے کا اختیار دیا گیا ہے، یا ان لوگوں پر جنکو خود کو یا دوسروں کو

له Criminal Appeal Cases Part 5, p. 110.

مجنون اشخاص کے ضرر سے بچانے کیلئے داخل کرنے یا رکھنے کا اختیار دیا گیا ہو، بڑی قیود عائد ہوتی ہیں۔ ان معاملات پر اطلاق پذیر ہونے والے قانون جنون ۱۸۹۰ء (53 Vict. ch. 5) اور قانون جنون ۱۸۹۱ء (54 & 55 Vict. ch. 65) ہیں۔ چونکہ یہ موضوع میڈیکل مداولوں (Medical Practitioners) کے لئے انتہا درجہ کی اہمیت رکھتا ہے، اس لئے محتاط اور تفصیلی غور وخوض کی ضرورت ہے۔

مجانین کو مندرجہ ذیل طریقہ ہائے کارروائی کے مطابق زیر نگرانی رکھا جاسکتا ہے، جن میں ہر انفرادی مثال کے مخصوص حالات کے مطابق ترمیم کیجا سکتی ہے۔

درخواست کرنے پر احکام ادخال۔
احکام استعجال۔
احکام بعد از تحقیقات۔
سرسری احکام ادخال۔
آوارہ اور قلاش مجانین کے لئے احکام۔
دو کمشنروں کی جانب سے احکام ادخال۔

درخواست کرنے پر احکام ادخال۔ یہ نجی مریضوں کی صورت میں معمولی طریق کارروائی ہے۔

ادخال مریض کے لئے احکام نجی درخواست کے ذریعہ کسی عدالتی حاکم سے حاصل کرنے پڑتے ہیں، بالفاظ دیگر خاص طور سے تعینات شدہ جسٹس آف دی پیس (Justice of the peace) سے یا ضلعی عدالت کے جج سے یا مجسٹریٹ سے۔ عدالتی حکام کی فہرست ہر سال شایع ہوتی ہے، جو سہ ماہی اجلاس والی ضلعی عدالت کے محرر یا جسٹسوں کے محرر سے دستیاب ہوسکتی ہے۔ احکام کے لئے یہ درخواست، عدالتی حاکم کے روبرو مزعومہ مجنون کے خاوند یا بیوی یا رشتہ دار کی جانب سے ہونی چاہئے۔ اگر کوئی دوسرا شخص پیش کرے، تو اس اقدام کی وجہ بیان کرنے کی ضرورت ہے۔ کوئی ایسا شخص درخواست نہیں پیش کرسکتا جو کم از کم اکیس سال کا نہ ہو۔ اس درخواست کی

311

پیشی سے قبل ١٤ دن کے اندر اندر مزعومہ مجنون کے ساتھ ملاقات نہ کر چکا ہو۔
اس درخواست کے ساتھ تفاصیل کا بیان اور دو طبی صداقت ناموں
(certificates) کی ضرورت ہے۔ ان تمام دستاویزوں کے لئے مطبوعہ نقشے حاصل کرنے
کی ضرورت ہے۔ اس درخواست پر خلوت میں غور و خوض کیا جاتا ہے جہاں بجز درخواست
کنندہ کے یا مزعومہ مجنون کے یا اس واحد شخص کے جو اس نے مقرر کیا ہو یا
طبی صداقتنامہ پر دستخط کرنے والے دو اشخاص کے کوئی شخص بغیر عدالتی حاکم کی اجازت
کے حاضر نہیں ہو سکتا۔ اور بجز مجنون کے اور اس شخص کے جو اس کا مقرر کردہ ہو یہ
تمام اشخاص بشمول حاکم عدالتی اس امر کے پابند ہوتے ہیں کہ اس معاملہ کو صیغہ راز
میں رکھیں تاوقتیکہ ایک با اختیار حاکم ان کو یہ راز فاش کرنے کے لئے نہ کہے۔
اگر عدالتی حاکم کو اطمینان ہو تو وہ مریض کو دیکھے بغیر فی الفور احکام صادر کر سکتا
ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ تحقیقات اور غور فکر چاہتا ہو اور اس کے لئے درخواست کی پیشی کے
بعد زیادہ سے زیادہ ، دن مقرر کر دے۔ وہ مزعومہ مجنون سے ملاقات کر سکتا ہے۔ ممکن ہے
کہ وہ اس وقت کے اندر ہی جو کہ درخواست پر غور و فکر کے لئے مقرر ہے احکام
صادر کر دے یا ان احکام کو زیادہ سے زیادہ چودہ دن کی مدت تک ملتوی
کر دے ، اگر وہ مناسب سمجھے تو مزید گواہ طلب کر سکتا ہے۔ اگر عدالتی حاکم
درخواست کو نامنظور کر دے تو اس پر واجب ہے کہ وہ درخواست کنندہ کو
ایسا کرنے کے وجوہ کا ایک تحریری بیان دے۔ اگر اخذ حال کے احکام کی تاریخ سے
٧ کامل دن گزر جائیں تو وہ احکام قابل تعمیل نہیں رہتے بجز اس صورت کے کہ یہ
مجنون کی ناقابلیت انتقال کے صداقت نامہ کی بنا پر معرض التوا میں پڑ جائیں،
جس روز مجنون کو اس مطلب کا صداقت نامہ دیا جاتا ہے کہ یہ شخص منتقل ہونے کے
قابل ہے تو وہ تین دن کے اندر اندر داخل کیا جا سکتا ہے۔

احکام استعجال (urgency orders) عجلت کی صورت میں اس وقت جبکہ مزعومہ
مجنون دلبشر طیکہ وہ قلاش نہ ہو) کا فی الفور زیر علاج اور زیر نگرانی رکھنا قرین مصلحت ہو
اس کو حکم استعجال کے ذریعہ جس کے ساتھ بیان تفاصیل اور ایک طبی صداقتنامہ
ہو، بلا کسی حاکم عدالتی کی مداخلت کے عارضی طور پر داخل کیا جا سکتا ہے۔ اگر ممکن

ہو، تو یہ حکم مزعومہ مجنون کے خاوند یا بیوی یا رشتہ دار کی طرف سے ہونا چاہیئے، اور اس پر طبّی صداقت نامہ سے پیشتر یا بعد دستخط کئے جا سکتے ہیں۔ یہ حکم ادخال کی درخواست گذرانتے سے قبل یا بعد ہر دو وقت دیا جا سکتا ہے۔ اگر قبل دیا جائے، تو درخواست میں اس کا حوالہ دینا ضروری ہے۔ اگر بعد میں دیا جائے تو درخواست کنندہ کو ان کی ایک نقل فی الفور عدالتی حاکم کے پاس بھیج دینی چاہیئے۔ اگر حکم استعجال پر متذکرہ صدر اشخاص میں سے کسی ایک کے بھی دستخط نہ ہوں۔ تو اس میں یہ امر درج ہونا چاہیئے کہ ایسا ہونے کے کیا وجوہ ہیں۔ اور یہ کہ دستخط کنندہ کا مزعومہ مجنون سے کیا تعلق ہے۔ کوئی شخص جو کم از کم ۲۱ سال کی عمر کا نہ ہو، یا جس نے حکم کی تاریخ سے قبل ۲ دن کے اندر مزعومہ مجنون سے ملاقات نہ کی ہو، حکم استعجال پر دستخط نہیں کر سکتا۔ حکم استعجال اپنی تاریخ سے سات دن بعد تک نفاذ پذیر رہتا ہے یا اگر حکم ادخال کی درخواست زیر تجویز ہو، تو اس درخواست کے قطعی طور پر فیصل ہونے تک نفاذ پذیر رہتا ہے۔ طبّی صداقت نامہ میں اس امر کا بیان موجود ہونا چاہیئے کہ مزعومہ مجنون کا فی الفور زیر نگرانی کیا جانا قرین مصلحت ہے، اور اس بیان کے لئے وجوہ بھی موجود ہونے چاہئیں۔ یہ ضروری ہے کہ صداقت نامہ دینے والے طبیب نے بیان کردہ ادخال سے قبل زیادہ سے زیادہ پورے دو دن مجنون کا بذات خود معائنہ کیا ہو۔

احکام بعد از تحقیقات۔ اگر کوئی فرد تحقیقات (جس کے طرز کارروائی کی بعد میں تصریح کی جائیگی) کے بعد مجنون پایا جائے، تو اس کو جماعت برائے حفاظت جسم مجنون (committee of the persons of the lunatic) کے دستخط کردہ احکام کی بنا پر یا ماسٹران لوناسی (master in lunacy) کے دستخط کردہ احکام کی بنا پر داخل کیا جا سکتا ہے۔ 312

سرسری احکام ادخال۔ ہر کانسٹیبل (constable)، سکہ دہندہ عہدیدار، اور نگران پیرش (overseer of a parish) جس کو علم ہو کہ اس کے ضلع یا پیرش (parish) کے اندر کوئی شخص ایسا ہے جو آوارہ گرد یا متلاشی نہیں ہے لیکن دیوانہ سمجھا جاتا ہے اور کسی کی مناسب حفاظت و قبضہ میں نہیں ہے یا جن کی تفویض

میں ہے وہ اس سے ظالمانہ برتاؤ کرتے یا غفلت برتتے ہیں، اس پر لازم ہے کہ تین دن کے اندر جسٹس (Justice) کو جو کہ اس قانون کے تحت عدالتی حاکم ہے حلفیہ اطلاع دے۔ یہ جسٹس بیان کردہ مجنون سے ملاقات کر سکتا ہے۔ لیکن خواہ وہ ایسا کرے یا نہ کرے اسپر لازم ہے کہ دو طبیب مقرر کرے جو مریض کی ذہنی حالت کا امتحان کر کے صداقت نامہ دیں، اور بعد ازاں وہ اس طرح کارروائی کرے گویا حکم اوخال کے لئے اس کے پاس درخواست پیش ہوئی ہو۔ اگر کسی دیوانہ کے متعلق سرسری حکم ادخال صادر ہوا ہو، تو اس کا کوئی رشتہ دار یا دوست اس کی خبر گیری کر سکتا ہے بشرطیکہ جسٹس (Justice) جو کہ حکم صادر کرتا ہے اسکی اجازت دے، یا اس دار المجانین کے معائنہ کنندگان جس میں مجنون موجود ہو یا مجنون کا رکھا جانا مقرر ہوا اسکی اجازت دیں۔

احکام آوارہ گرد دیوانوں کے لئے۔ ہر کانسٹیبل اور سبکدوش کنندہ عہدیدار اور نگران پیرش (parish) جس کو علم ہو کہ اس ضلع یا پیرش (parish) کے اندر کوئی شخص خواہ وہ قلاش ہو یا نہ ہو آوارہ پھر رہا ہے اور دیوانہ سمجھا جاتا ہے اس پر لازم ہے کہ مزعومہ دیوانہ کو فی الفور گرفتار کر کے کسی جسٹس (Justice) کے پاس لیجائے۔ اگر جسٹس (Justice) کے پاس حلفیہ اطلاع پہنچے تو وہ ایسے کانسٹیبل یا سبکدوش کنندہ عہدیدار یا نگران کو حکم دے سکتا ہے کہ مزعومہ دیوانہ کو گرفتار کر کے اس کے پاس لایا جائے۔ اس کے بعد جسٹس (Justice) کسی طبیب کو طلب کرتا ہے۔ اگر طبیب صداقت نامہ پر دستخط کر دے اور جسٹس (Justice) کو یہ اطمینان ہو جائے کہ بیان کردہ دیوانہ دراصل دیوانہ ہے اور نظر بند کئے جانیکے قابل ہے تو وہ بدیں مطلب حکم نافذ کرتا ہے۔ اگر طبیب تحریراً اس بات کی تصدیق کر دے کہ یہ دیوانہ اس حالت میں نہیں ہے کہ منتقل کئے جانیکے قابل ہو تو حکم منتقلی اس کی قابلیت کے تصدیق ہونے تک معطل رہتا ہے۔ اگر کانسٹیبل یا سبکدوش کنندہ عہدیدار یا نگران کو اطمینان ہو کہ امن عامہ کے لئے یا بیان کردہ دیوانہ کی بہبودی کے لئے اس امر کی ضرورت ہے کہ متذکرہ صدر طریق کارروائی اختیار کرنے سے قبل دیوانہ کو ضبط میں رکھا جائے تو لازم ہے کہ وہ دیوانہ کو اپنی یونین (union) کے محتاج خانہ میں منتقل کر دے، جہاں اس کو تین دن سے زیادہ نظر بند نہیں رکھا جا سکتا۔

قبل اس کے کہ یہ مدت ختم ہو، وہ کارروائی اختیار کی جاتی ہے جو کہ قانون جنون کی رو سے ضروری ہے۔

احکام ادخال دو کمشنروں کی جانب سے۔ ایسے قلاش یا مزعومہ دیوانے کو جو کسی دارالمجانین یا محتاج خانہ میں نہ ہو، کوئی دو یا دو سے زیادہ کمشنران جنون (commissioners in lunacy) دیکھ سکتے ہیں۔ وہ ایک طبیب کو بھی طلب کر سکتے ہیں، اور اگر طبیب دیوانہ کے متعلق صداقت نامہ دیدے اور ان کو یہ اطمینان ہو جائے کہ یہ قلاش شخص دیوانہ ہے، تو وہ دارالمجانین میں اس کے منتقل کئے جانے کا حکم دے سکتے ہیں۔

بجز آخری دو کے مذکورہ بالا ضوابط قلاش یا مزعومہ مجانین پر چسپاں نہیں ہوتے۔ قلاش مجانین کی صورت میں عام طریق کارروائی یہ ہوتا ہے کہ یونین (union) کا طبی عہدیدار عہدہ دار سکدوش کنندہ کو یا (اگر وہ موجود نہ ہو تو) اس پیرش (parish) کے نگران کو جس میں قلاش مقیم ہو تحریراً اطلاع دیتا ہے کہ اس کے ضلع کے اندر ایک قلاش شخص ہے جو دیوانہ ہے، جو دارالمجانین میں بھیجے جانے کے قابل شخص ہے یہ اطلاع قلاش دیوانہ کی خبر پانے کے بعد تین دن کے اندر اندر دینے کی ضرورت ہے۔ جب کسی عہدیدار سکدوش کنندہ کو یا اس کی عدم موجودگی میں اس پیرش (parish) کے کسی نگراں کو جس میں دیوانہ مقیم ہے، عہدہ دار طبی کی اطلاع کی بناء پر یا بالغیر اسکے علم ہو جاتا ہے کہ کوئی شخص ضلع یا پیرش (parish) میں قلاش دیوانہ تصور کیا جاتا ہے تو وہ تین دن کے اندر اس جسٹس (Justice) کو اطلاع دیتا ہے جو اس مقام میں، جہاں دیوانہ اقامت گزیں ہے، اختیار سماعت رکھتا ہو۔ اس پر جسٹس حکم دیتا ہے کہ قلاش شخص کو اس کے پاس لایا جائے۔ پھر جسٹس اس کا امتحان کرنے کے لئے کسی طبیب کو طلب کرتا ہے۔ اگر طبیب دستخط کردہ سرٹیفکیٹ دیدے، اور جسٹس کو اطمینان ہو جائے کہ بیان کردہ دیوانہ فی الواقع دیوانہ ہے، جو نظر بند کئے جانے کے قابل ہے، تو وہ دارالمجانین میں اس کی منتقلی کا حکم صادر کرتا ہے۔ پس دیکھا جائے گا کہ قلاش دیوانوں کی صورت میں صرف ایک ہی طبی صداقت نامہ کی ضرورت پڑتی ہے۔

313

اگر کوئی دیوانہ جو نظر بند ہو، فرار ہو جائے تو اسے ۱۴ دن کے اندر اندر

نیا حکم حاصل کئے بغیر دوبارہ گرفتار کیا جا سکتا ہے۔ حکم ادخال ایک یا دو یا تین سال کی متوالی مدتوں کیلئے نفاذ پذیر رہتا ہے اور اس کے بعد پانچ پانچ سال کی متوالی مدتوں کیلئے علی الترتیب ہر مدت کے اختتام پر کمشنران جنون (commissioners in lunacy) اس حکم کا دوبارہ اجرا کر سکتے ہیں، بشرطیکہ ادارہ کا طبی عہدیدار یا ایک تنہا مریض کا طبیب تصدیق کرے کہ مریض ہنوز مختل الحواس ہے، جو زیر علاج اور زیر نگرانی نظر بند رکھے جانے کے قابل ہے۔ مریض کو درخواست کنندہ حکم ادخال کی ہدایت پر یا (اگر درخواست کنندہ مر گیا ہو یا نا اہل ہو) تو قریب ترین رشتہ دار یا کمشنروں (commissioners) کی ہدایت پر رہا کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اگر طبیب متعلقہ تصدیق کر دے کہ مریض خطرناک ہے جو کھلے بندوں چھوڑ دیئے جانے کے نا قابل ہے تو اس کو اس وقت تک رہا نہیں کیا جائے گا جب تک کہ دارالمجانین کے دو معائنہ کنندگان یا شفاخانہ یا ادارہ کا معائنہ کرنے والے کمشنر (commissioners) مریض کی رہائی کی تحریری منظوری نہ دے دیں۔ دو کمشنر (commissioners) جبکہ انہیں سے ایک طبی کمشنر اور دوسرا قانونی کمشنر ہو کسی مریض کی رہائی کا حکم دے سکتے ہیں۔

اس آئین کے اقتضا کی تہ میں جو اصول کار فرما ہے وہ یہ ہے کہ قانوناً کوئی شخص دیوانہ کی حیثیت سے زیر نگرانی نہیں رکھا جا سکتا تا وقتیکہ حکام عدالتی سے حکم حاصل نہ کر لیا جائے۔ اس اصول سے صرف وہ واقعات مستثنیٰ ہیں جن کو بذریعہ تحقیقات، یا دو کمشنروں (commissioners) کے ذریعہ طے کیا جاتا ہے۔ احکام استعجال حکام عدالتی کی مداخلت کے بغیر دیئے جاتے ہیں، لیکن یہ محض عارضی اور ہنگامی ہوتے ہیں، اور ان کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ قبل اس کے کہ دیوانہ کی دائمی نظر بندی کی بعض رسومات ادا کی جائیں، دیوانہ کو یا دیوانہ سے نقصان پہنچنے کا سد باب کر دیا جائے۔ چنانچہ اگر حکم استعجال کی رو سے بیان کردہ دیوانہ کو دارالمجانین میں داخل بھی کر لیا گیا ہو تو بھی اس کارروائی کی جو بذریعہ درخواست حکم ادخال حاصل کرنے کے متعلق ہے اسی طرح تکمیل کرنی پڑتی ہے گویا بیان کردہ دیوانہ کے متعلق پہلے کوئی کارروائی نہ کی گئی ہو۔

دیوانگی میں طبی صداقت نامہ

قطع نظر ان مجانین کے جو تحقیقات کی بنا پر دیوانہ قرار دیئے جاتے ہیں، یا آوارہ گرد مجانین کے، یا قلاش مجانین کے، یا ان مجانین کے جن کی حکم استعجال کی بناپر عارضی طور پر نگہداشت کی جاتی ہے، اس سے قبل کہ کسی شخص کو بہ حیثیت دیوانہ زیر نگرانی رکھا جائے دو طبی صداقتناموں کی ضرورت ہے۔

ہر طبی صداقتنامہ (certificate) میں بیان ہونا چاہیئے کہ تصدیق کنندہ نے صداقتنامہ میں یہ رائے کہ مذکور شخص دیوانہ ہے، کن واقعات کی بناء پر قائم کی ہے۔ تصدیق کنندہ کو لازم ہے کہ ان واقعات میں جو خود اس کے مشاہدہ کردہ ہیں، اور ان واقعات میں جس کی دوسروں نے خبر دی ہے، امتیاز کرے۔ چنانچہ یہ امر ذہن نشین رکھنے کی ضرورت ہے کہ ایسے صداقتنامہ کی بناپر حکم استعجال ہرگز صادر نہیں کیا جاتا جو محض دوسروں کی اطلاعِ واقعات پر مبنی ہو۔ احکام بر بنائے درخواست کے متعلق یہ ہے کہ ہر اس طبیب پر جو صداقت نامہ پر دستخط کرے، لازم ہے کہ اس نے بیان کردہ دیوانہ کو پیشئی درخواست کی تاریخ سے قبل پورے ۷ دن کے اندر بذات خود معائنہ کیا ہو، اور تمام دیگر صورتوں میں لازم ہے کہ تاریخ حکم سے قبل پورے ۷ دن کے اندر بذات خود معائنہ کیا ہو۔ جہاں دو طبی صداقت ناموں کی ضرورت ہو تو وہاں بیان کردہ دیوانہ کا امتحان ہر طبیب کو ایک دوسرے سے الگ ہو کر کرنا چاہیئے۔ احکام استعجال کی صورت میں لازم ہے کہ طبیب نے بیان کردہ دیوانہ کو اس کے ادخال سے زیادہ سے زیادہ پورے دو دن قبل معائنہ کیا ہو۔ طبی صداقتنامہ پر نہ تو درخواست کنندۂ حکم ہی دستخط کر سکتا ہے، اور نہ وہ شخص جس نے حکم استعجال پر دستخط کئے ہوں، اور نہ درخواست کنندہ کا یا مجنون شخص کا کوئی قریبی رشتہ دار یا شریک یا مددگار۔ حکم ادخال کی درخواست کے ساتھ ایک طبی صداقتنامہ پر تو اس طبیب کے دستخط ہونے چاہئیں جو بیان کردہ دیوانے کا معمولی طبیب ہے۔

314

اگر یہ ناممکن العمل ہو تو درخواست کنندہ پر واجب ہے کہ اس عدالتی حاکم کو کہ جس کو درخواست پیش کی گئی ہو اسکی وجوہات تحریراً بیان کرے۔ صداقت نامہ پر ہرگز کوئی ایسا شخص دستخط نہیں کر سکتا جس کے مفاد اُس مکان یا ادارہ سے وابستہ ہوں جس میں دیوانہ جا رہا ہو اور نہ ایسے شخص کا کوئی قریبی رشتہ دار ہی دستخط کر سکتا ہے۔ نہ دو ایسے طبیب ہی دستخط کر سکتے ہیں جو ایک دوسرے کے رشتہ دار یا شریک ہوں یا جن کا باہمی تعلق صدر اور مددگار کا ہو۔

اگر کسی طبیب نے صداقت نامہ پر دستخط کئے ہوں اور اس صداقت نامہ کی بنا پر حکم ادخال صادر ہو گیا ہو، تو جب تک مریض اس حکم کے تحت نظر بند رہتا ہے، طبیب مذکور اس کا باقاعدہ طبی معالج نہیں بن سکتا۔ اگر کسی شخص کے لئے درخواست کے ذریعہ حکم ادخال حاصل کر لیا گیا ہو، تو اسکو کسی یک مریضی (one-patient) مکان میں یعنی ایسے مکان میں جس میں صرف ایک ہی دیوانہ رہ سکے یعنیہ اس طرح نظر بند رکھا جا سکتا ہے جس طرح دارالمجانین میں یا اجازت یافتہ مکان یعنی نجی کے دارالمجانین میں۔ خاص حالات کے تحت، کمشنر ایک ہی مکان میں ایک سے زیادہ مریضوں کے رہنے کی اجازت دے سکتے ہیں۔ ان کی رہائش بالکل اسی قسم کی ہوتی ہے گویا ہر مریض اپنی ذات میں تنہا مریض ہوتا ہے۔ اگر دیوانہ کا معمولی طبی معالج، دیوانہ کی یک مریضی مکان میں نظربندی کے دوران میں معالجہ جاری رکھنے کا آرزومند ہو، تو اس کو دونوں صداقت ناموں میں سے کسی پر بھی دستخط نہ کرنے چاہئیں۔ نیز مریض کی تفویض سے اس کو خود یا اس کے کسی شریک یا قریبی رشتہ دار کو کوئی نفع حاصل نہ ہونا چاہئے۔ کمشنر اس امر کی ہدایت کر سکتے ہیں کہ تنہا مریض سے طبیب کتنی بار ملاقات کرے۔ اگر ایسی ہدایت نہ دی جائے تو لازم ہے کہ وہ ہفتہ میں کم از کم ایک مرتبہ ملاقات کی جائے۔ کوئی دو کمشنر یہ حکم دے سکتے ہیں کہ تنہا مریض کا طبی معالج، اسکے طبی معالج کی حیثیت سے کام کرنے سے باز رہے اور یہ کہ اس کی بجائے کوئی دوسرا شخص ملازم رکھا جائے۔ کمشنر تنہا مریض کے طبی معالج سے جس وقت چاہیں، مریض کے متعلق تحریری روئداد اور ایسے تفاصیل جن کا وہ حکم دیں طلب کر سکتے ہیں۔ یہ روئداد ان میعاتی روئدادوں کے علاوہ ہوگی جن کے

کمشنروں کو بھیجے جانے کا قانون مقتضی ہے۔

کمشنر (commissioner) کسی دیوانہ یا مزعومہ دیوانہ کی ذہنی و جسمانی حالت کی روئداد طلب کر سکتے ہیں، جو بغیر حکم اور بغیر صداقت نامہ کے کسی ایسے شخص کے ہاں بحیثیت دیوانہ کے زیر علاج یا نظر بند ہو، جو اس کی تفویض کے لئے کوئی معاوضہ وصول نہ کر رہا ہو نیز وہ ایسے دیوانہ یا مزعومہ دیوانہ کی حالت کی روئداد طلب کر سکتے ہیں، جو کسی خیراتی مذہبی یا دیگر ادارہ میں ہو، جو دارالمجانین نہ ہو۔ یہ روائداد کوئی طبیب پیش کرتا ہے، اور حسب ضرورت وقتاً فوقتاً اس کا اعادہ کرتا ہے۔ مذکورہ بالا مریض سے کمشنر ملاقات بھی کر سکتے ہیں، اور وہ بجز رہا کرنے کے تمام اختیارات برت سکتے ہیں، جو ان کو دارالمجانین یا تنہا مریضوں کے ضمن میں ودیعت کئے گئے ہیں۔ اگر وہ مناسب خیال کریں، تو لارڈ چانسلر (Lord Chancellar) کو خبر دے سکتے ہیں، جو ایسے مریض کی رہائی کا یا دارالمجانین میں اس کی منتقلی کا حکم دے سکتا ہے۔ یہ قدیم رسم سے انحراف ہے۔ یہ رسم یہ تھی کہ کمشنر ان مریضوں پر جو نجی امکانات میں زیر علاج ہوتے تھے اور جن کی نظر بندی سے کوئی شخص مالی منفعت حاصل نہیں کرتا تھا، کچھ اختیار نہیں رکھتے تھے۔

جنون کے صداقت ناموں کے ضمن میں مزعومہ دیوانوں کا معائنہ کے مقاصد یہ ہیں۔ یہ تحقیق کرنا کہ آیا یہ فرد دیوانہ ہے یا نہیں۔ اگر دیوانہ ہے، تو کیا زیر نگرانی رکھے جانے کے لئے لائق اور مناسب شخص ہے۔ یہ ایک اہم امتیاز ہے کیونکہ ممکن ہے کہ کوئی شخص بلاشبہ مجنون ہو، لیکن اس کی گفتگو اور اس کے افعال ایسے ہوں کہ جن سے طبیب اس امر کی تصدیق کرنے میں کہ اس کو دارالمجانین میں بھیجنا چاہیئے، حق بجانب نہ ہو۔ صداقت ناموں کے مطبوعہ نقشہ جات پر ذیلی اور حاشیتی نوٹ (Note) ہوتے ہیں، جو یہ تصریح کرتے ہیں کہ خانہ پری کس طرح سے کرنی چاہیئے۔ منسلکہ نقشہ پر ایک نظر ڈالنے سے اس کا مطلب فی الفور ظاہر ہو جائے گا۔ اگر کوئی طبیب ان نقشہ جات کے پر کرنے کا عادی نہ ہو تو اس کو بغور ہدایات پڑھنی چاہئیں، اور قبل اس کے کہ وہ لکھنا شروع کرے، یہ اطمینان کر لینا چاہیئے کہ وہ ان ہدایات کو بخوبی سمجھتا ہے۔ یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ قانون قطعی لفظی

صحت کا مقتضی ہے اور معمولی سی فروگذاشت بھی تمام دستاویز کا ابطال کرنیکے لئے کافی ہے۔

بیان کردہ دیوانہ کا معائنہ باحسن الوجوہ ایک طبیب کی حیثیت ہی سے سرانجام دیا جاتا ہے۔ استثنائی صورتوں میں ممکن ہے کہ ہنگامی ملاقاتی یا طبیب کے علاوہ کوئی دوسرا شخص بن کر معائنہ کرنا مصلحت آمیز ہو۔ اگر معائنہ کے وقت مریض کے الفاظ یا افعال سے فی الفور دیوانگی معلوم نہ ہو تو معائنہ کنندہ کو چاہیئے کہ مریض کی ذہنی حالت کے متعلق فیصلہ کرنے کا جلد از جلد موقعہ حاصل کرنے کے لئے وہ اس کی گفتگو کا رخ اس کے ذاتی معاملات کی جانب پھیرے۔ اگر مریض کو دیوانگی کا احتباط ہو تو احتباط یا احتباطات کی نوعیت کے متعلق، پیشتر سے حاصل کردہ معلومات تفتیش میں معتد بہ طور پر معاون ہوں گے۔ احتباطات دو قسم کے ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے انکے اندر ہی انکی تردید مضمر ہو اور یہ بھی ممکن ہے کہ انکے اندر کوئی تجریدی تناقض نہ ہو۔ اگر صداقت نامہ میں یہ درج ہو کہ مریض اپنے آپ کو "روح القدس" کہتا ہے تو یہ امر رائے زنی کا محتاج نہیں ہے۔ لیکن اگر درج ہو کہ مریض کہتا ہے کہ میں روپیہ کی احتیاج کی وجہ سے فاقہ کشی کر رہا ہوں تو اس سے احتباط واضح نہیں ہوتا تا وقتیکہ اسپر کسی معلومات کا اضافہ نہ کیا جائے مثلاً مزید بیان نہ کیا جائے کہ مریض در اصل ایک متمول شخص ہے جس کی سالانہ آمدنی ایک ہزار (پونڈ) ہے۔ جن عہدیداروں کے ہاتھ میں یہ صداقت نامے پہنچتے ہیں وہ مریض کے طبی خصائص کے متعلق اس سے زیادہ کچھ نہیں جانتے جو کچھ کہ صداقت نامہ میں درج ہے۔ اس لئے تمام معاملہ پورے طور سے واضح اور قابل فہم کر دینا چاہیئے۔ اگر مزعومہ دیوانہ احتباطات میں مبتلا نہ ہو، تو صداقت نامہ میں درج کرنے کے لئے کوئی معین شے حاصل کرنا دشوار ہوتا ہے جو تصدیق کنندہ نے بطور واقعات کے مشاہدہ کی ہو ایسی مثالوں میں قبل اس کے کہ کافی شہادت برآمد ہو جو دیوانگی کے متعلق تصدیق حق بجانب قرار دے، ایک سے زیادہ اور شاید متعدد ملاقاتوں کی ضرورت ہو۔

واقعات کے ضمن میں ایک امتیاز کی طرف توجہ دلانے کی ضرورت ہے، جو کہ ممکن ہے کہ بظاہر ایک نہایت ہی بدیہی امتیاز تصور کیا جائے لیکن جس کا عدم احساس بسا اوقات صداقت ناموں کے استرداد کا موجب ہوا ہے۔ ان واقعات میں

جو دیوانگی پر دال ہوں اور تصدیق کنندہ نے عندالملاقات مشاہدہ کئے ہوں، اوران واقعات میں جن کی خبر دی گئی ہو امتیاز کرنا لازمی ہے مثال کے طور پر ایک تصدیق کنندہ کو اس واقعہ کی خبر دی گئی کہ مزعومہ دیوانہ بادہ نوشی میں بے اعتدال ہے طبیب نے اس بنا پر اور مریض کو بیر (beer) کا جام نوش کرتے ہوئے دیکھکر ایک صداقت نامہ میں بھی یہ بیان سہواً شامل کر دیا کہ اس شخص کی عادات بے اعتدالانہ ہیں اور یہ ان واقعات کے زیر عنوان شامل کیا جو کہ صداقت نامہ دہندہ نے مشاہدہ کئے تھے۔

ایسے واقعات کا کہ جو دیوانگی کا قطعی ثبوت بہم پہنچائیں تمام مثالوں میں حاصل کر لینا آسان کام نہیں قبل اس کے کہ مشکوک اہمیت کے واقعات درج کئے جائیں طبیب کو انکی قدر و قیمت کا خوب اندازہ لگا لینا چاہئے طبیب کو اپنے دل سے یہ سوال کرنا چاہئے کہ آیا ان واقعات سے ذہنی مرض کا معقول ثبوت حاصل ہوتا ہے اور یہ کہ اگر عدالت قانونی میں اس سے کوئی معترض ہو تو وہ اپنی رائے کی تائید میں ان پر کس حد تک انکاء کر سکتا ہے۔ غیر مشتبہ دیوانگی کی متعدد اصابتوں میں کسی ایسے ایک واقعہ کا علم حاصل کرنا جو کہ دیوانگی کی فیصلہ کن دلیل ہو قطعاً ناممکن ہوتا ہے۔ بدیں وجہ مجتمع شہادت پر انکاء کرنا پڑتا ہے ایسی مثالوں میں اس قسم کا تمام مواد جو جائز جرح کے امتحان پر پورا نہ اتر سکے باحتیاط مسترد کر دینا چاہئے کلوسٹن (Clousten) نے "واقعات" کی بعض مضحکہ خیز مثالیں دی ہیں "مریض شکل و صورت میں بے ربط ہے۔ انکی آنکھیں مضطرب اور گرداں (wandering) ہیں لیکن اس کے پیشہ یعنی پتھر توڑنے کی حرکات کا تعاقب کرتی ہیں" "وہ انجیل کی تلاوت کرتا ہے اور اپنی روح کی نجات کے بارے میں فکر مند ہے"۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خواہ کمشنران (commissioners) صداقت نامہ قبول بھی کر لیں تو بھی یہ ممکن ہے کہ بعد میں مزعومہ دیوانہ شخص قانونی کارروائی کرے اور تصدیق کنندہ کو گواہی کے کٹہرے میں کھڑا ہونا پڑے لہذا ممکن ہے طبیب پر اس بیان کے بارہ میں جو اس نے دیا ہو، جرح کی جائے۔

ایک مزید کیفیت میں بھی جنون کے صداقت نامہ کے لئے موزوں اور کافی قیمتی شہادت حاصل کرنی دشوار ہوتی ہے۔ یہ کیفیت محض نقص ذہانت ہے جو کہ

احتیاطات سے مبرا بھی ہو سکتی ہے۔ اسکی مثالوں میں استعداد ذہنی کا امتحان صرف اس حد تک ہونا چاہیئے جو زیر امتحان شخص کے عمرانی مرتبہ کے مطابق ہوں۔ وہ فقدان ذہانت جو ایک اعلٰی تعلیم یافتہ ہمہ اوصاف سے متصف شخص میں غیر طبعی ہوتا ہے، ایک کسان میں بہت ہی کم معنی خیز ہوگا۔ ممکن ہے کہ ایک خاص درجہ کی ذہنی کمزوری کی بنا پر ایک شخص کو اپنے مالی معاملات کے انتظام سے محروم کرنا حق بجانب ہو، لیکن اس کو دوسرے اعتبارات سے آزادی سے محروم کرنا اتنا حق بجانب نہ ہو اور اس کو حق بجانب قرار دینے کے لئے ایک خاص درجہ ذہانت کے فقدان کے علاوہ کسی اور شئے کی ضرورت ہو۔ ایک سے زیادہ موقعہ 317 پر نفسیاتی ماہرین نے گواہی کے کٹہرے میں ذمہ داری جرم کے موضوع پر شہادت دیتے ہوئے یہ بیان کیا ہے کہ ذہنی مرض کی بنا پر وہ قیدی کو غیر ذمہ دار ہی قرار دیتے ہیں، لیکن وہ ہرگز اس میں کوئی مصلحت نہیں دیکھتے کہ اس کے متعلق زیر نگرانی رکھے جانے کے قابل اور مناسب ہونے کا صداقت نامہ بھی دیدیں۔

افعال اور گفتگو کے متعلق جو غور و خوض کیا جاتا ہے، وہ بھی فرد کے گذشتہ عادات اور مجلسی مرتبہ کی روشنی میں کرنا چاہیئے۔ کسی خوانچہ فروش کا اپنی بیوی سے بدزبانی کرنا یا اسے زد و کوب کرنا یا خانگی سامان کو توڑ ڈالنا قابل نفرین افعال ہیں۔ لیکن ان افعال کی اہمیت، اس حیثیت سے کہ یہ دیوانگی کی علامات ہیں، بہ نسبت اس صورت کے بہت کم ہوتی ہے جب کہ ایسا شخص ماخوذ ہو جو کوئی سنجیدہ مزاج پادری ہو، یا بالفاظ صحیح تر سنجیدہ مزاج پادری رہ چکا ہو۔ عمومی الفاظ مثلاً "پر جوش اور متوحش منظر" سے حتی الامکان پرہیز کرنی چاہیئے، اور ان کی بجائے کوئی صحیح ترباتیں لکھ دینی چاہیئے۔ گفتگو قلمبند کرنے میں عین وہی الفاظ لکھنے چاہئیں جو کہ بیان کردہ دیوانہ نے استعمال کئے ہیں۔

قانون طبیب سے یہ توقع رکھتا ہے کہ وہ مریض کے جنون یا عدم جنون کے متعلق رائے دیتے وقت، اپنی قوت فیصلہ سے کام لیگا اسے اس امر کی احتیاط کرنا چاہیئے کہ بیوی یا خاوند یا خاندان کے بیانات کے حق میں، یا انکے خلاف ناواجب طور سے متاثر نہ ہو بعض اوقات رشتہ داروں کا مفاد یہ ہوتا ہے کہ وہ مریض کی صحیح العقلی کے خیال کو تقویت دیں۔ لہٰذا وہ

قانون جنون ۱۸۹۰ء

طبیب کا صداقت نامہ

درمعاملہ ا۔ ب ساکن .... علاقہ .... جو کہ مزعومہ دیوانہ ہے۔
منکہ دستخط کنندہ ج۔د ازروئے این حسب ذیل تصدیق کرتا ہوں۔
۱۔ میں ایک شخص ہوں جو قانون طبی ۱۸۵۸ء کے تحت رجسٹرڈ ہوں۔ اور فی الواقع پیشہ طبابت کی مداولت کرتا ہوں۔
۲۔ میں نے بتاریخ ..... ماہ ..... سنہ ۱۹۰ .... میں جو کہ علاقہ .... میں واقع ہے، کسی دوسرے طبیب کی شرکت کے بغیر ا۔ب۔ مذکور کا بذات خود معائنہ کیا اور اس نتیجہ پر پہنچا کہ وہ (دیوانہ یا ابلہ یا مختل الحواس شخص ہے) اور اس لائق ہے کہ اس کو تحویل میں لے لیا جائے اور زیر علاج و زیر نگرانی رکھا جائے۔
۳۔ میں نے یہ نتیجہ مندرجہ ذیل وجوہ کی بنا پر قائم کیا۔
(ا) دیوانگی پر دال وہ واقعات جو میں نے بوقت امتحان خود مشاہدہ کئے یعنی ....
(ب) وہ واقعات جن کی دوسروں نے خبر دی یعنی ....
اگر صداقت نامہ استعجال درکار ہو تو یہاں یہ اضافہ کرنا چاہئے۔
۴۔ ا۔ب۔ مذکور، مجھے صحت جسمانی کے لحاظ سے اس قابل نظر آیا (یا نہیں نظر آیا) کہ دار المجانین، دار الشفا یا لائسنس یافتہ مکان میں منتقل کر دیا جائے۔
۵۔ میں یہ صداقت نامہ اس وقت دیتا ہوں جبکہ میں نے مطبوعہ ذیل قانون مجلس شوریٰ پہلے پڑھ لیا ہے۔

دستخط ....

ساکن ....

بتاریخ ....

قانون جنون ۱۸۹۱ کی دفعہ ۱۳۱ کا اقتباس

اگر کوئی اس آئین کے تحت کسی طبی یا دیگر سرٹیفکٹ میں یا جسمانی اور ذہنی حالت کی روئداد یا بیان میں کسی اہم واقعہ کے متعلق دیدہ و دانستہ غلط بیان کرتا ہے تو وہ جرم خفیفہ کا گناہ گار ہے۔

---

۱ ۔ یہاں مریض کی جائے سکونت درج کرو ۔
۲ ۔ شہر یا قصبہ جو کچھ کہ صورت حال ہو ۔
۳ ۔ یہاں پیشہ یا حرفت درج کرو ۔
۴ ۔ یہاں مقام امتحان درج کرو، اور سڑک کا نام اور ساتھ مکان کا نام یا نمبر۔ اگر کوئی نمبر نہ ہو تو مکین کا اصطباغی نام اور کنیت ۔
۵ ۔ شہر یا قصبہ جو کچھ ہو ۔
۶ ۔ جہاں ایک ہی صداقت نامہ درکار ہو، یہ حذف کرو ۔
۷ ۔ اگر یہی واقعات یا دوسرے واقعات امتحان سے قبل مشاہدہ کئے گئے تھے، تو تصدیق کنندہ کو اختیار ہے کہ انھیں ایک جداگانہ پیرا (para) کی صورت میں شامل کردے ۔
۸ ۔ اطلاع دہندگان کے نام اور اصطباغی نام (بشرطیکہ معلوم ہوں) معہ ان کے پتہ اور کیفیت حال کے ۔
۹ ۔ نجی مریضوں کی صورت میں جن کی منتقلی زیر تجویز نہ ہو، یہ شق قلمزد کردو ۔
۱۰ ۔ یہاں پورا ڈاک کا پتہ درج کرو ۔

اس کے افعال کی اہمیت کا استخفاف کرنے کی کوشش کرتے ہیں، اور ہر خلاف معمول روش کو محض کج روی یا خانگی پریشانیوں کی جانب منسوب کرتے ہیں۔ اگر ان کا مقصد اس کے برعکس ہو، تو ہر فعل کی ناموافق تاویل کرتے ہیں، لیکن وہ ہرگز صداقت پر مضبوطی سے قائم نہیں رہتے۔

صداقت نامہ جات جنون کے متعلق اطبا کی قانونی ذمہ داری کوئی طبیب صداقت نامہ دینے کے لئے مجبور نہیں ہے، لیکن جب صداقت نامہ دینے کا ذمہ اٹھاتا ہے تو ہر عدم تکمیل فرض کے لئے جوابدہ ہوجاتا ہے۔ اگر کوئی طبیب طبی صداقت نامہ میں کسی اہم واقعہ کے متعلق دانستہ غلط بیانی کرے تو وہ جرم خفیفہ کا قصور وار ہوتا ہے۔ قانون جنون ۱۸۸۹ء کے زمانہ تک، ان اطبا کو جو جنون کے صداقت ناموں پر دستخط کرتے تھے، پریشان کن قانونی کارروائی کا ہدف بنایا جاسکتا تھا، حالانکہ وہ کامل نیک نیتی سے کام لیتے تھے۔ بعض اشخاص جو دیوانہ رہ چکنے کے بعد اس قدر صحتیاب ہوجاتے ہیں کہ ان کو حراست سے رہا کردیا جاتا ہے، بے انتہا انتقام پسند ہوتے ہیں۔ ان کے دل میں یہ خیال جم جاتا ہے کہ ان کو ایک شرارت آمیز سازش کا شکار بنایا گیا ہے۔ لہذا وہ ہر اس شخص پر جو مقدمہ سے تعلق رکھتا ہو (عدالت کی وساطت سے) حملہ کرنے میں نہایت ہی قابل اعتراض ضد کا اظہار کرتے ہیں، اور ہمیشہ ان اطبا کو جنہوں نے صداقتنامہ دیا ہو، چن لیا جاتا ہے، اور بالعموم ان کو سخت مصیبت پیش آتی ہے، خاصکر جب ان سے کوئی اصطلاحی غلطی سرزد ہوگئی ہو۔ آخری قانون میں ایک شق ہے (دفعہ ۳۳۰ جو کہ ۱۸۸۹ء کے قانون کی دفعہ ۱۲ کا دوبارہ نفاذ کرتی ہے)۔ یہ ان آزاردہ کارروائیوں کا ازالہ کرتی ہے جو اس قانون کی تعمیل میں مشغول ہونے والے اشخاص کے خلاف اختیار کیجاتی ہیں، اور اس کی رو سے جو تحفظ حاصل ہوتا ہے اس میں اطبا بھی حصہ دار ہیں۔ اس دفعہ کا خلاصہ یہ ہے کہ اگر عدالت عالیہ کو یا عدالت عالیہ کے کسی جج کو ایک سرسری درخواست دیجائے، تو خرچہ وغیرہ کے متعلق ایسی شرائط پر جن کو جج یا عدالت مناسب سمجھے مذکورہ بالا کارروائیوں کو ملتوی کرایا جاسکتا ہے، بشرطیکہ جج یا عدالت کو یہ اطمینان ہو کہ نیک نیتی یا معقول احتیاط کے فقدان کی شکایت کے لئے کوئی معقول دلیل نہیں پیش کی گئی"۔

اس طبیب پر جس کے خلاف کارروائی کی گئی ہو، یہ دفعہ یہ فرض عاید کرتی ہے کہ

وہ عدالت کو اطمینان دلائے کہ نیک نیتی یا معقول احتیاط کے فقدان کی شکایت کے لئے کوئی معقول وجہ موجود نہیں۔ لفظ نیک نیتی کی تاویل اس کے عامیانہ معنوں میں کرنی چاہیئے۔ بالفاظ دیگر اگر معاملہ دیانتداری سے انجام پایا ہے، اور قانون کے عطاکردہ اختیار کے بیجا استعمال کی کوئی سعی نہیں کی گئی تو معاملہ نیک نیتی سے ہوا۔ "معقول احتیاط" سے وہی مراد لیجاتی ہے جو کہ اس لفظ سے بدمعاملگی کے معمولی مقدمات میں لیجاتی ہے، یعنی اس قدر احتیاط اور چابکدستی کا استعمال کہ جس کی ایک طبیب سے معقول طور پر توقع کی جاسکتی ہے۔ 318

اس دفعہ کے تحت سب سے پہلے جس مقدمہ کی سماعت ہوئی وہ ٹاگ وڈ بنام ولکیز (Togwood v. Wilkes) کا تھا (کوئینز بنچ ڈویژن ۱۸۸۹ء Queen's Bench Division:)۔ مدعی نے ایک طبیب کے خلاف یہ نالش دائر کی کہ مدعا علیہ نے بحیثیت طبیب غفلت کی ہے اور بغفلت اور ناجائز طور پر مدعی کے جنون کے صداقت نامہ پر دستخط کئے ہیں جس کی بنا پر اسے دارالمجانین میں نظر بند کر دیا گیا، مدعی کو نقصان پہنچا ہے لہٰذا اس کا اسے ہرجانہ دلایا جائے۔ جسٹس فیلڈ (Field. J.) نے یہ قرار دیا کہ اس کو یہ اطمینان دلانے کا بار مدعا علیہ پر ہے کہ نیک نیتی یا معقول احتیاط کے فقدان کی شکایت کرنے کے لئے کوئی وجہ موجود نہیں۔ دلائل سن چکنے کے بعد جج نے قرار دیا کہ مدعا علیہ نے یہ ثابت کر دیا ہے کہ صداقت نامہ پر دستخط کرنے میں اس کی طرف سے نیک نیتی یا معقول احتیاط کا کوئی فقدان نہیں تھا۔ اس پر کارروائی ملتوی ہوگئی۔ زمانہ ماضی میں جو صورت حالات موجود تھی، اس کے مقابلہ میں یہ فیصلہ ایک اصلاحی اقدام ہے، اگرچہ یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ مدعا علیہ کو خرچہ نہیں دیا گیا۔ جج نے خرچہ دینے سے انکار کیا اور اسے مدعا علیہ کی درخواست پر مشروط رکھا۔ مدعا علیہ نے درخواست نہیں دی۔ اسی قسم کے ایک اور مقدمہ میسن بنام مارشل، شاؤ گوشرڈ[1] (Mason v. Marshall, Shaw & Gouchard) کی سماعت اس وقت ہوئی جبکہ ابھی وہ قانون، جس کی اصلاحی دفعہ کا حوالہ سابق میں دیا جا چکا ہے، منظور نہیں ہوا تھا۔ اس میں موضوع نزاع یہ تھا کہ جن اطبا نے طبی صداقتناموں پر دستخط کئے تھے انھوں نے کافی احتیاط سے کام نہیں لیا تھا، اور یہ صداقت نامے ایک مجرمانہ حد تک ضعیف تھے۔ جج نے جیوری پر مندرجہ ذیل سوالات چھوڑے۔ (۱) کیا ڈاکٹروں نے

[1] Bristol Spring Assizes 1888

صداقت ناموں پر غفلت سے اور بلا واجبی احتیاط کے دستخط کئے تھے (۲) کیا مدعیہ کا رویہ، طرز عمل اور شکل و صورت ایسی تھی کہ جو مدعا علیہم کو اس یقین پر آمادہ کرتی کہ مدعیہ مختل الحواس ہے اور وہ نگرانی کئے جانے اور زیر علاج نظر بند کئے جانے کے لایق ہے۔ کیا مدعا علیہم کے وہ افعال جن کی شکایت کیگئی ہے، مذکورہ بالا یقین پر دیانتدارانہ کاربند ہوتے ہوئے کئے گئے تھے (۳) کیا مدعیہ بوقت زیر بحث، مختل الحواس اور نگرانی کئے جانے اور زیر علاج نظر بند کئے جانے کے لایق تھی؟ ان تمام سوالات کا جواب جیوری نے مدعا علیہم کے حق میں دیا۔ آزار دہ کارروائیوں کے التوا کے متعلق قانون جنون کی مذکورہ بالا دفعہ سے ان اطبا کو نہایت ضروری تحفظ حاصل ہوتا ہے جن کو الکحالیت کے عقب میں پیدا شدہ جنون کی جو نہایت ہی سریع الزوال قسم کا ہوسکتا ہے اساموں سے سابقہ پڑتا ہے۔ اس قسم کی ایک مثال یعنی ولیمز بنام بیومانٹ اور ڈریک (Williams v. Beaumont and Drake, Court of Appeal 1894) کے مقدمہ میں مدعی نے قسمتی عدالت (Divisional Court) کے فیصلہ کے خلاف مرافعہ دائر کیا جس نے اسکی نالشی کارروائی جوکہ اس نے مدعی علیہ کے خلاف کی تھی ملتوی کردی تھی، یہ ثابت ہوا کہ مدعی کو، اس وقت جبکہ وہ الکحالیت میں مبتلا تھا، اور اس کو مالیخولیا اور میلانِ خودکشی پیدا ہوگیا تھا، ایک محتاج خانہ میں داخل کر دیا گیا۔ مدعی علیہم نے جوکہ محتاج خانہ کے طبی عہدیداران تھے یہی انسب سمجھا کہ مدعی کو دارالمجانین میں بھیج دیا جائے، اور اس وجہ سے انھوں نے اُس کے لئے صداقت نامہ دیدیا۔ دارالمجانین میں داخل ہونے پر جنون کی کوئی علامت نہیں پائی گئی، اور چند ہفتہ زیر مشاہدہ رکھ چکنے کے بعد اس کو رہا کر دیا گیا، اور یہی وجہ نالش تھی۔ ماسٹر آف رولز (Master of Rolls) نے بمعیت لارڈ جسٹس کے اور لارڈ جسٹس سمتھ Lord Justice Kay & Lord Justice Smith) مرافعہ خارج کرتے ہوئے یہ کہا کہ ہم یہ ایسا کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں دیکھتے کہ مدعی علیہم نے معقول احتیاط اور نیک نیتی سے کام نہیں لیا۔ لارڈ جسٹس سمتھ Lord Justice Smith) نے اس پر یہ اضافہ کیا کہ اگر یہ نالش کی کارروائی ڈاکٹر کے خلاف جنون کے قانون کے تحت کی گئی ہے تو مدعی نے اپنے بیان دعوی میں مثلاً مداخلت بیجا وغیرہ کے متعلق جو کچھ لکھا ہے وہ قطعاً غیر اہم ہے۔ سارے سوال کی یہ شکل رہ جاتی ہے کہ نیک نیتی اور معقول احتیاط کے بیان کردہ فقدان کی کیا دلیل ہے۔

یہ مقدمات اس امر کی مثال پیش کرتے ہیں کہ اتنی احتیاط اور چابکدستی کے استعمال کو کہ جس کی ایک طبیب سے اس قسم کے واقعہ میں استعمال کرنے کی معقول طور پر توقع کیجا سکتی ہے، جج کس حد تک اہمیت دیتے ہیں۔ مزید برآں یہ امر بھی ویسا ہی اہم ہے کہ قانون کے الفاظ کی طرح اس کے مفہوم کی بھی تکمیل کی جائے۔ اس پہلو میں کوتاہی سخت سزا کا مستوجب ہوتی ہے۔ ولڈن اور ونزلو (Weldon and Winslow, Nisi Prius, 1884) کے مقدمہ میں یہ قرار دیا گیا کہ مدعی علیہ کا طرز عمل بے ضابطہ ہے اور قانون کے منشا کے مطابق نہیں ہے۔

مدعیہ کے خاوند نے مدعی علیہ ایک طبیب سے کہا کہ وہ اس کی بیوی کو دیکھے اور اس کی صحیح الحواسی کے متعلق اپنی رائے دے۔ طبیب نے دیکھکر یہ کہا کہ وہ مجنون ہے، اور صلاح دی کہ اسے دار المجانین میں منتقل کر دیا جائے۔ یہ بند و بست کیا گیا کہ خاتون کو مدعی علیہ کے اپنے نجی دار المجانین میں ہی بھیج دیا جائے۔ اب بے شبہ یہ ایک غلطی تھی، اور قانون کے الفاظ کی تو نہیں لیکن منشا کی خلاف ورزی ضرور تھی۔ قانون کا منشا ہے کہ اس ادارہ کے ساتھ کہ جس میں مریض جا رہا ہو اگر کسی شخص کے مفاد وابستہ ہوں تو وہ دونوں صداقت ناموں میں سے کسی ایک پر بھی دستخط نہ کرے۔ اگرچہ مدعی علیہ نے فی الواقع صداقت نامہ پر دستخط نہیں کئے تھے، لیکن اس سوال کی خود تحقیق کر چکنے کے بعد اس نے دو اور طبیبوں کو بھیج دیا تھا، جس سے منشاء قانون کی خلاف ورزی ہوئی۔ ان طبیبوں نے جو مریض کو معائنہ کرنے کے لئے گئے تھے ایک مزید بے ضابطگی یہ کی تھی کہ الگ الگ ملاقات کرنے کی بجائے جیسا کہ قانون مقتضی ہے، وہ ایک ساتھ گئے یعنی ایک اپنا امتحان انجام دے رہا تھا تو دوسرا کمرہ کے باہر انتظار کر رہا تھا۔ جج مسٹر جسٹس مینسٹی (Justice Manisty) نے اس طرز عمل پر رائے زنی کرتے ہوئے فرمایا کہ اگر مدعی علیہ کو اس امر کا کہ مدعی علیہ اسی کے دار المجانین میں لیجایا جائے گا، کچھ بھی یقین تھا تو اسے یہ فرض تھا کہ مسٹر ولڈن (Weldon) کو فوراً کہہ دیتا کہ وہ اس کارروائی میں یا صداقت نامہ حاصل کرنے میں یا حکم حاصل کرنے میں کوئی حصہ نہیں لے سکتا، اور یہ کہ اس معاملہ میں کام کرنے کے لئے مسٹر ولڈن کو کسی اور کو تلاش کرنا چاہیئے۔ جج نے یہ سوال بھی اٹھایا کہ جس طریقہ سے یہ امتحان انجام دیا گیا ہے، کیا اس سے قانون کا یہ منشاء پورا ہوتا ہے کہ اطبا کو کامل طور سے آزاد ہونا چاہیئے اور ہر طبیب کو اپنی آزادانہ رائے سے

319

کام لینا چاہئے۔

(ج) جنون کے متعلق عدالتی تحقیقات

جنون کا جج (Judge in Lunacy)، باضابطہ درخواست کی بنا پر اس امر کی تحقیقات کا حکم دے سکتا ہے کہ فلاں شخص مختل الحواس ہے اور آیا وہ اپنا اور اپنے کاروبار کا بندوبست کرنے کا اہل ہے یا نہیں۔ یہ تحقیقات جیوری کے روبرو ہو سکتی ہے بشرطیکہ مجنون اس کا مطالبہ کرے، الا اس صورت میں کہ جنون کے جج کو مزعومہ مجنون کے ذاتی معائنہ کے بعد اطمینان ہو جائے کہ یہ شخص اس مطلب کی خواہش رکھنے یا اس کا اظہار کرنے کے ناقابل ہے (۵۳ وکٹوریہ چارٹر دفعہ ۹۰)۔

تحقیقات یا مجلس تحقیقات (De Lunatico Inquirendo) کا مقصد یہ دریافت کرنا ہے کہ آیا فلاں شخص اپنے کاروبار کی ذمہ داری پر رہنے کے لائق ہے یا نہیں، اور آیا اسے زیر نگرانی رکھا جائے یا نہیں۔ یہ صاف صاف سمجھ لینا چاہئے کہ یہ دو قضیے متفاوت اور مختلف چیزیں ہیں۔ ضرور نہیں کہ پہلا قضیہ دوسرے پر حاوی ہو، البتہ مذکورہ بالا صورت میں دوسرا قضیہ پہلے قضیہ پر حاوی ہے۔ ممکن ہے کہ بوجہ نقص عقل کے ایک شخص اپنی جائداد کا بندوبست کرنے کے ناقابل پایا جائے، لیکن اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ وہ زیر نگرانی رکھے جانے کے لئے بھی لائق شخص ہے۔ البتہ اگر مجلس تحقیقات یہ قرار دیدے کہ اسے زیر علاج اور زیر نگہداشت نظر بند رکھا جانا چاہئے، تو اس سے لازم آتا ہے کہ اس سے حقوق مدنیہ یعنی اپنے کاروبار کا انتظام بھی چھین لیا جائے۔ وہ مجانین جو بعد از تحقیقات تحویل میں لے لئے جاتے ہیں، خواہ زیر نگرانی ہوں یا نہ ہوں، "چانسری (Chancery) مجانین" کہلاتے ہیں، اس لئے کہ قوانین جنون کے محکمہ کا صدر لارڈ چانسلر (Lord Chancellor) ہوتا ہے، اور اس قسم کے دیوانے اسی کی نگہداشت میں ہوتے ہیں۔

یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ اگر کسی مریض کو معمولی طور پر حکم مبنی بر درخواست

کے ذریعہ زیر نگرانی رکھا جائے تو اس کا یہ ضروری نتیجہ نہیں ہو کہ اسکے حقوق مدنیہ بھی سلب ہو جائیں۔ اگر ایسا شخص قابل ہو تو وہ وصیت کر سکتا ہے اور دار المجانین سے رہا ہونے پر اپنے کاروبار کا انتظام از سر نو شروع کر سکتا ہے۔

مجلس تحقیقات مقرر کرانے کے لئے ضروری ہے کہ ایک یا زیادہ شخص جو مزعومہ دیوانہ سے دلچسپی رکھتے ہوں جنون کے جج کو ایک عرضداشت دیں جس کی تائید میں اطبا نے دیوانہ کی ذہنی حالت کے متعلق حلفنامہ تحریر کیا ہو۔ اگر جنون کے جج کو یہ اطمینان ہو جائے کہ تحقیقات کے لئے وجہ موجود ہے تو اس بیان کی باقاعدہ تحقیقات کی جاتی ہے۔ ان اطبا کا جنہوں نے صداقت ناموں پر دستخط کئے ہوں یا حلفنامہ تحریر کیا ہو، اور غالباً ان کے ساتھ اور اطبا کا بھی جو دونوں جانب کی نمائندگی کرتے ہوں اسی طرح حلفیہ امتحان کیا جاتا اور ان پر جرح کی جاتی ہے، جس طرح معمولی سماعت مقدمہ میں کی جاتی ہے۔ اگر بیان کردہ دیوانہ مختل الحواس اور نگرانی رکھے جانے کے لئے لایق شخص قرار دیا جائے، تو یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ وہ بر بنائے درخواست دیوانہ قرار دیا گیا ہے۔ مزید براں اس کی جائداد کا حق اختیار ایک "مجلس جائداد" کے ہاتھ میں دے دیا جاتا ہے، جو امین کا کام کرتی اور اس کے کاروبار کا انتظام کرتی ہے۔

قانون جنون تحقیقات کو ان باتوں تک محدود کر دیتا ہے جو مزعومہ دیوانہ نے تحقیقات سے قبل دو سال کی مدت کے اندر کہی ہوں یا کی ہوں۔ جیسا کہ بیشتر بیان ہو چکا ہے، یہ ممکن ہے کہ وہ اپنی جائداد کا انتظام کرنے کے لئے ذہنی طور پر نا قابل قرار دیا جائے اور اس کے باوجود وہ اپنے آپ کی خبر گیری کرنے کے نا قابل نہ ہو۔ اس صورت میں اس کا کاروبار ایک مجلس کے سپرد کر دیا جاتا ہے، لیکن اس کو اور کسی طرح سے آزادی سے محروم نہیں کیا جاتا۔ اگر وہ چاہے تو گھر میں رہ سکتا ہے اور اگر چاہے کہیں بھی جا سکتا ہے۔

مجالس تحقیقات بالعموم ان اشخاص کی صورت میں مقرر کی جاتی ہیں۔ جو لغو اسراف کے ذریعہ اپنی جائداد برباد کر رہے ہوں اور اس کا سد باب ان مجالس کا مقصد ہوتا ہے، گو کہ ممکن ہے کہ مالک جائداد اس قدر دیوانہ نہ ہو کہ اس کا زیر نگرانی رکھا جانا حق بجانب ٹھیرایا جا سکے۔ ایسے شخص کی جو مختل الحواس بیان

320

کیا جائے ذہنی حالت دریافت کرنے کے لئے تحقیقات ایک مہنگا طریقہ ہے، تاہم اتنا نہیں جتنا کہ یہ حالیہ قوانین کے منظور ہونے سے قبل مہنگا تھا۔

وصیتی اہلیت

(Testamentary Capacity)

اس سے مراد ذاتی یا غیر منقولہ جائداد ٹھکانے لگانے کے متعلق وصیت کرنے کی ذہنی قابلیت ہے۔ وصیت نامہ کے جائز ہونے کے لئے قانون یہ شرط قرار دیتا ہے کہ وصیت کنندہ کا جائداد وغیرہ ٹھکانے لگانے پر "دل آمادہ ہو"۔ اس جملہ کی جو تاویل کی جاتی ہے وہ کسی قدر لچکدار ہے، اور بسا اوقات وصیت کی نوعیت پر موقوف ہوتی ہے، وصیت کے وقت وصیت کنندہ کی جو ذہنی حالت ہو اس پر موقوف نہیں ہوتی۔ قانون اس قسم کی دستاویزات سے مداخلت گوارا نہیں کرتا، خواہ وصیت کنندہ کا مختل الحواس ہونا ثابت ہی کیوں نہ کیا جا سکتا ہو۔ اگر وصیت معقول ہو اور اس قسم کی ہو کہ مربوط ہو، اور غیر معقول تعصب اور دوسروں کے غیر واجبی اثر کی علامات سے مبرا ہو تو بالعموم اسے بحال رکھا جاتا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ اس وجہ سے کہ ایک مریض اختباط میں مبتلا ہے وہ وصیت کرنے کے ناقابل ہو جائے۔ اگر اختباط ایسے موضوع کے متعلق ہو جو وصیت نامہ کے منشا سے الگ ہو تو یہ ضروری نہیں کہ اس سے خود دستاویز پر اثر پڑے۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ کسی شخص کو اس نوعیت کے اختباطات ہوں کہ جو اسکی ایک معقول وصیت کرنے کی قابلیت میں ذرا بھی رخنہ انداز نہ ہوں اور وہ شخص اپنے رشتہ داروں کے متعلق وصیت کرنے کی ایسی ہی صفات آمادگی (disposing) رکھتا ہو گویا وہ اس قسم کے اختباط سے پاک ہے۔ البتہ اس اختباط کا معاملہ اور ہے جو وصیت کے منشاء سے تعلق رکھتا ہو، اور ممکن ہے کہ اس اختباط کے سبب سے دستاویز باطل ٹھہرائی جائے۔

دارالمجانین میں مریضوں نے ایسی وصیتیں کی ہیں جو قانوناً درست ہیں۔

مقدمہ بنکز بنام گڈ فیلو (Banks v. Goodfellow. Queen's Bench 1870) میں وصیت کنندہ جان بنکز (John Banks) کی وصیت منسوخ کرانے کی کوشش کی گئی جو کہ دارالمجانین میں رہ چکا تھا اور اختباط میں مبتلا تھا۔ یہ شخص باور کرتا تھا کہ اس کو بدروحیں ستاتی ہیں، اور بیان کرتا تھا کہ وہ مرئی طور پر موجود ہیں۔ وہ یہ بھی باور کرتا تھا کہ ایک شخص جس کو مرے ہوئے عرصہ طویل ہو چکا تھا اور جس کی طرف سے اسے سخت نفرت تھی، ہنوز زندہ ہے اور اس کو ستاتا اور دق کرتا ہے۔ اختباطات کے باوجود چار ججوں نے بانکو (Banco) میں اجلاس کرتے ہوئے اس کی وصیت کو اپنے فیصلہ میں بحال رکھا۔ یہ وصیت ایک بھتیجی کے حق میں تھی جو وصیت کنندہ کے ہمراہ رہتی تھی۔ ان ججوں میں سے ایک یعنی لارڈ چیف جسٹس (Lord Chief Justice) نے فیصلہ سناتے ہوئے کہا کہ اختباط کی موجودگی وصیت نامہ کو باطل کرنے کے لئے ناکافی ہے، الا اس صورت میں کہ یہ ایسی نوعیت کی ہو کہ وہ اس وقت جبکہ وصیت کنندہ نے وصیت کی تھی، اس پر اثر انداز ہونے کا امکان رکھتی ہو۔

بسا اوقات وصیت نامے اس بنا پر معرض نزاع میں لائے جاتے ہیں کہ ایک شخص نے ضعیف العقل کی زندگی کے آخری حصہ میں اس پر اقتدار حاصل کر لیا ہے اور بیان کردہ ناواجب اثر ڈالا ہے۔ ایک چالاک آدمی ایسے لوگوں پر جو فطرتاً ضعیف العقل ہوں یا جو بوجہ مرض جسمانی کے ضعیف العقل ہو گئے ہوں، غیر محدود اثر ڈال سکتا ہے، اور اس طرح بالکل اجنبی اشخاص سخت غیر متناسب ہبہ جات بلکہ جائداد کا بڑا حصہ حاصل کرنے میں کامیاب ہو جاتے ہیں، اور جو لوگ حقیقی حقدار ہوتے ہیں، بے دخل ہو جاتے ہیں۔ اکثر اطبا کو جنہوں نے بہت مدادلت کی ہو، یہ مشاہدہ کرنے کا موقعہ ملا ہو گا کہ کوئی معمر شخص تنہا رہتا ہے اور اس کے پاس بہت روپیہ ہے اور وہ لڑکے لڑکیوں سے محروم ہے اور کوئی دور کا رشتہ دار یا دوست نہایت جانفشانی سے اور غیر مختتم توجہ کیساتھ اسکی نگہداشت کرتا اور ادھر ادھر منڈلاتا ہے۔ وہ ہر قسم کے طیبات (delicacies) لاتا اور تیار کرتا ہے، اور اپنی خوشامد سے بیمار شخص کے دل میں بلکہ اس کے

رگ و پے میں تبدریج گھر کر لیتا ہے (یا جو زیادہ کثیر الوقوع ہے گھر کر لیتی ہے)، یہاں تک کہ بیمار کی قوتِ ارادہ مفلوج ہو جاتی ہے اور وہ ان تمام مشوروں کو جو اس غرضمند شخص سے ملتے ہیں، بے چون و چرا منظور کر لیتا ہے۔ اگر وصیت خوشامد کنندہ کے حق میں ہو، تو بہت امکان ہے کہ وصیت کی مخالفت کی جائے۔ جب مریض کی اس طور سے خوشامد کی گئی ہو، تو اس کے طبی معالج کے لئے مناسب یہ ہے کہ اپنے کان اور آنکھیں کھلی رکھے، کیونکہ یہ یقینی ہے کہ جب مقدمہ وصیتی عدالت (Probate Court) کے سامنے پیش ہوگا تو اس کو ایک یا دوسری جانب سے سب پینا (subpæna) کے تحت پابند کر دیا جائے گا۔

321

وہ حالات جو وصیتی قابلیت کو مشکوک بناتے ہیں یہ ہیں مرض یا مرض کے علاوہ ضعیف العقلی، اختباطات یا اختلال ذہن کی علامات کی موجودگی۔ وصیتی قابلیت کے متعلق تشکک کی ایک کثیر الوقوع وجہ سبات (lethargy) کے اس درجہ کا وقوع ہے جس کے ساتھ ربط خیالات کا جزئی فقدان ہوتا ہے، اور جو کہ موت کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ بیمار شخص پر چند سوالات کرنے سے غالباً یہ تحقیق ہو جائے گا کہ آیا اس کا دماغ کافی صاف ہے یا نہیں۔ اگر وہ اپنی اس وصیت کے منشاء کو جو وہ کرنا چاہتا ہے، ایک دفعہ اعلان کرنے کے بعد دوبارہ اختصاراً بیان کر سکے، تو یہ امراض کی وصیتی قابلیت ثابت کرنے کے لئے کافی ہے۔ مریض سے مطلوبہ سوالات ان لوگوں کی موجودگی میں بھی کئے جا سکتے ہیں جو اس کے بستر کے گرد جمع ہوں، گواہوں کی موجودگی غیر مفید نہیں بلکہ مفید ہے۔ لیکن جب سادہ ضعیف العقلی ایسے اشخاص میں واقع ہو جو قریب الموت نہ ہوں تو معاملہ اور ہے۔ اگر طبیب کی رائے وصیتی قابلیت کے متعلق طلب کی جائے، تو اس پر لازم ہے کہ ایسے اشخاص کو تنہا دیکھنے پر مصر ہو۔ ایسے شخص کا جس نے ان پر اقتدار حاصل کر لیا ہو، کمرہ میں محض موجود ہونا، خواہ وہ ایک لفظ بھی زبان سے نہ نکالے تمام تفتیش بیکار کر دیتا ہے۔ ضعیف العقل وصیت کنندوں کی ذہنی استعداد کی آزمائش کرنے کے لئے جو سوالات کئے جاتے ہیں، ان کے علاوہ دیگر سوالات بھی یہ امر تحقیق کرنے کے قصد سے کرنے چاہئیں کہ آیا ان کے دماغ پر کوئی ناواجب اثر ڈالا جا رہا ہے

یا نہیں۔ اگر اختباطات موجود ہوں تو حتی الامکان اس امر کا اندازہ لگانا چاہیئے کہ وصیت کنندہ کے مزاج پر انکا کتنا اثر ہے۔ اسے کہنا چاہیے کہ وہ وصیت نامہ کی بڑی بڑی شقیں بیان کرے، اور اگر کوئی شق اس چیز سے کہ جس کی معقول طور سے توقع کی جاسکتی ہے متناقض ہو تو اسے ان مقاصد کی تشریح پوچھنا چاہیئے جو اس قسم کی وصیت کرنے میں اس کے پیش نظر ہیں۔

حبسہ (aphasia) کی موجودگی وصیتی قابلیت میں خلل انداز ہو سکتی ہے۔ اس نقص کے مختلف اشکال اور درجات کے لئے کوئی قاعدہ منضبط نہیں کیا جاسکتا۔ ہر اصابت کو اپنے مخصوص حالات کے لحاظ سے جانچنا چاہیئے۔ پہلا سوال یہ کرنا چاہیئے کہ حبسہ کی کوئی ایسی شکل بھی موجود ہو سکتی ہے کہ جس میں ذہنی قواء زیادہ حد تک زوال پذیر نہ ہوئے ہوں اور مبتلائے نقص شخص نے جو وصیت نامہ یا دیگر دستاویز قانونی کا جو تحریر کیا ہو اس کا ابطال نہ ہو۔ غیر پیچیدہ حرکی حبسہ ضرور نہیں کہ ایک شخص کو مذکورہ بالا دستاویز تحریر کرنے کے ناقابل کر دے۔ ظاہر ہے کہ ایک بنیادی مجنونانہ کیفیت مثلاً عتاہت کا حبسہ اس بیان کے اطلاق سے مستثنیٰ ہے۔ ایک خالص حرکی حبسہ میں مریض کسی مسئلہ کے متعلق اشاروں سے اپنے قبول وانکار کا اظہار کر سکتا ہے یعنی وہ اپنی آرزوئیں ظاہر کرنے کا کامل طور سے اہل ہے۔ خالص حرکی حبسہ ان ذہنی اعمال کی جن میں خیالات کی تفریق و امتزاج کی ضرورت ہے انجام دہی نا ممکن نہیں کرتا۔ ایڈمنڈز[1] (Edmunds) نے ایک خاتون کا واقعہ درج کیا ہے جس کو راست جانبی (rightsided) شلل نصفی اور مکمل حرکی حبسہ تھا۔ وہ نہ تو بول سکتی تھی اور نہ لکھ سکتی تھی لیکن اسکا ذہن صحیح و سالم تھا۔ مریضہ نے اس طرح وصیت کی کہ کارڈوں پر اشخاص اور دفاتر تعمیل کنندہ کے نام اور جائداد کی کیفیت چھپی ہوئی تھی، ان کو وہ انتخاب کرتی اور ترتیب دیتی گئی اور مشیر قانونی منتخبہ کارڈوں سے رہنمائی حاصل کر کے وصیت نامہ تحریر کرتا گیا۔ یہ سب کچھ وصیتی عدالت میں ثابت ہو گیا۔ حسی حبسہ سے اس آسانی سے نپٹ نہیں سکتے۔ اس مرض کی نوعیت ہی ایسی ہے کہ

[1] Brit. Med. Journ 1900

یہ شک پیدا ہوتا ہے کہ مریض کو جو کچھ کہا جاتا ہے وہ اس کو سمجھتا ہی نہیں گو یہ ضرور نہیں کہ ذہنی طاقتیں ضائع ہوگئی ہوں۔ اس سوال سے متعلق راس[1] (Ross) نے کہا ہے کہ اگر کوئی ضرر حسی مدخلات میں یا حسی مدخلات کے قریب واقع ہو تو اس سے ایسا فتور گفتگو پیدا ہوتا ہے کہ جو قوائے استدلالیہ کے عمومی زوال کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہوتا ہے۔ حقیقی شکل یہ ہوتی ہے کہ ذہن تک رسائی کے معمولی راستے مسدود ہو جاتے ہیں۔ اگر ایسا بالکل کوئی راستہ نہ ہو جس کے ذریعہ خیالات منتقل کئے جا سکیں تو ظاہر ہے کہ فرد دستاویز تحریر کرنے کے ناقابل ہوگا۔ لیکن اگر ایسا راستہ موجود ہو خواہ یہ ناکمل ہی کیوں نہ ہو (یعنی بصری اور سمعی راستے صحیح و سالم ہوں) تو ضروری ادراک حاصل ہو سکتا ہے۔ براموِل[2] (Bramwell) نے اس واقعہ کی طرف توجہ دلائی ہے کہ متوسط درجہ کے صمم الفاظی میں بہ نسبت اس صورت کے کہ اس سے بہت بڑے درجہ کا عمم الفاظی ہو وصیت کرنے کی قابلیت میں مداخلت ہونے کا زیادہ امکان ہی ملز[3] (Mills) جس نے حبسہ کے طبی قانونی پہلو پر شرح و بسط کے ساتھ بحث کی ہے اسکی رائے یہ ہے کہ قابلیت کے لئے یہ ہرگز شرط نہ ہونی چاہئے کہ ایک شخص رسائی کے ہر راستہ سے جواب دے سکے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ یہ ممکن ہے ایک حبسی وصیت کنندہ رسائی کے راستوں کے نقص کی وجہ سے ایسے وصیت نامہ کا اقتضا سمجھنے سے قاصر ہو جو طویل یا پیچیدہ ہو، بایں ہمہ وہ ایک ایسی دستاویز کے متعلق عقلمندانہ منظوری دینے کا اہل ہو جو مختصر، صاف اور سیدھی ہو۔

طبیب کا یہ فرض ہے کہ وہ کسی صورت میں بھی پسماندگان سے ہمدردی کی بنا پر متاثر نہ ہو اور اس وقت وصیت نامہ پر دستخط کئے جانے کی ہرگز تائید نہ کرے جبکہ وصیت کرنے والا کسی سبب سے دستخط کرنے کے ناقابل ہو خواہ اس وصیت کی شقیں منصفانہ اور عادلانہ ہی کیوں نہ ہوں بسا اوقات کسی وصیت نامہ کی تکمیل کی اس طرح کوشش کیجاتی ہے کہ مریض کی

---

[1] Med. Chron., 1887

[2] Brit. Med. Journ., 1897.

[3] Review of Insanity and Nervous Diseases, 1891

علالت کے کسی ابتدائی درجہ میں جبکہ اس کا دماغ ہنوز فعّال ہوتا ہے، اس کی ہدایت کے مطابق ایک وصیت نامہ مرتب کر لیا جاتا ہے، پھر اس کے متعلق بوقت نزع اس کی تقریباً غیر شعوری منظوری لے لی جاتی ہے۔ طبیب کا فرض بالکل واضح ہے، اور اس امر کی تحقیق تک محدود ہے کہ آیا وصیت کنندہ اس وقت جبکہ وہ دستاویز پر دستخط کرتا ہے اس کی شقیں سمجھنے کے قابل ہے یا نہیں۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ یہ ممکن ہے کہ وصیت نامہ معرض نزاع میں لایا جائے، اور بوقت جرح، وصیت کنندہ کی ذہنی حالت حلفیہ بیان کرنی پڑے۔

تصنعی جنون

(FEIGNED INSANITY)

بسا اوقات کسی مجرمانہ فعل کی سزا سے بچنے کی غرض سے، دیوانگی کا بہانہ کیا جاتا ہے۔ بالعموم کوئی ایسی شکل انتخاب کی جاتی ہے جو دیوانگی کے مروجہ مفہوم سے مطابقت کرتی ہے، اور فرد ایسی علامات کی نقل اتارتا ہے جو سرسری سے سرسری مشاہد (observer) پر بھی اختلالِ ذہنی ظاہر کریں۔ عام طور پر تصنعی مجنون جن اشکال پر اپنی توجہ وقف کرتا ہے، وہ مانیا (mania) اختباطی جنون، مالیخولیا اور غباہت (dementia) ہیں طبی قانون داں کے ملاحظہ میں تقریباً ہمیشہ ایسے مجرموں کے واقعات آتے ہیں جو پہلے سے ہی پولیس (police) کی گرفت میں ہوتے ہیں۔ اگر سابقہ حملوں کی سرگزشت موجود نہ ہو تو قیدی میں دیوانگی کی علامات کا وقوع فطرتی طور پر شک آفریں ہے، اور اگر یہ علامات نمایاں قسم کی ہوں تو اور بھی شک آفریں ہے۔ جب مانیا (mania) کی نقل اتاری جاتی ہے، تو زیادہ پُرجوش نوع اختیار کرنے کا رجحان ہوتا ہے، اور اس کا سراغ لگانا بہ نسبت اس صورت کے کہ جبکہ اس سے کم درجہ کا غلو (exaltation) مدنظر رکھا جاتا ہے، آسان تر ہو جاتا ہے۔ مانیا کا مروجہ تصور اس چیز تک

محدود ہے جسے پُرخروش و بوالہی کہا جاتا ہے، چنانچہ متصنع شخص باور کرتا ہے کہ اس کی روش جس قدر پرشور ہوگی اتنا ہی اس کا حملہ زیادہ حقیقی نظر آئیگا۔ جن لوگوں کو اس سوال کا حل کرنا پڑتا ہے، ان کی یہ خوش قسمتی ہے کہ فطرت نے ایک صحیح العقل شخص کی قوت برداشت محدود رکھی ہے یعنی کوئی شخص جو درحقیقت پاگل نہ ہو، ان دائمی افعال اور حرکات کو جو ایک صادق حاد مانیائی کا خاصہ ہیں، تا دیر جاری نہیں رکھ سکتا۔ فریب دہندہ میں قوائے طبیعیہ کی تھکن، جس کی ایک حقیقی مانیائی (mania) شخص مدافعت کر سکتا ہے، رونما ہو جاتی ہے اور وہ سو جاتا ہے، وہ بالعموم گہری نیند سوتا ہے جو کہ حاد مانیا کی تعیر پذیر نیند کے عین برعکس ہے۔ ایک صادق مانیائی بسا اوقات متواتر کئی دن اور رات بے خوابی میں گزارتا ہے، حالانکہ ایک فریبی اس کے قطعاً ناقابل ہوتا ہے۔ اگر کوئی مشتبہ شخص ایک طویل عرصہ تک ایسا کرنے میں کامیاب بھی ہو جائے تو غالباً مارفیا کا زیر جلدی اشراب خواب آور ثابت ہوگا، جو کہ مانیا کی ایک صادق اصابت پر کچھ اثر پیدا نہیں کرتا، اس سے شکوک رفع ہو جائیں گے۔

323

مالیخولیا کا بہانہ کم کیا جاتا ہے۔ مشتبہ اصابت میں یہ دریافت کرنے کیلئے کہ آیا تنہائی میں مریض کے طرز عمل میں کیا تبدیلی ہوتی ہے، اس کی اس طرح نگرانی چاہئے کہ اس کو معلوم نہ ہو۔ اگر وہ گہری نیند سو جائے تو پھر یہ غیر اغلب امر ہے کہ وہ عمیق مالیخولیا میں مبتلا ہے۔ زبان کی حالت سے بھی شہادت حاصل ہو سکتی ہے کیونکہ جنون صادق میں زبان اکثر غلیظ ہوتی ہے۔ اگر شبہ بہت قوی ہو اور فرد کلام کرنے یا ملتفت ہونے سے انکار کر دے تو جلد کے مختلف حساس حصوں پر ایک استوار تار برش (wirebrush) کے ذریعہ ایک قوی فراڈائی رو (faradic current) لگا کر شفا حاصل کی جا سکتی ہے۔ ایک متمارض (malingerer) شخص بالعموم اختباطات کی مبالغہ آمیز نقل اتارتا ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ مشاہد کے دل میں اصابت کی اصل حقیقت کے متعلق معتدبہ شک پیدا کرنے میں کامیاب ہو جائے۔ رابرٹسن[1] (Robertson) ایک ایسے شخص کے تصنعی جنون اور اختباطات کی مثال

---

[1] Journal of Mental Science 1883.

بیان کرتا ہے جو کہ نقب زنی کی علت میں منتظر سماعت تھا۔

قیدی نے اپنی مصنوعی حالت کی جانب سب سے پہلے اس طرح توجہ منعطف کرائی کہ اس نے پھانسی کے ذریعہ خودکشی کرنے کا تصنعی اقدام کیا۔ بعدازاں اس نے کام کرنے سے انکار کر دیا جب اس سے خطاب کیا جاتا تو وہ بات نہیں کرتا تھا۔ وہ بہت کم غذا کھاتا تھا۔ وقتاً فوقتاً فرش پر لیٹ کر چھت کی طرف تاکا کرتا تھا، جیسے وہاں کوئی شے نظر آتی ہو جس جرم کا اس پر الزام عائد کیا گیا تھا، وہ اس سے متعلق تمام حالات کی کامل لاعلمی کا اظہار کرتا تھا۔ البتہ یہ بیان کرتا تھا کہ اس پر قتل عمد کی علت میں مقدمہ چلایا جانے والا ہے۔ وہ کہتا تھا کہ یہ بالکل صحیح ہے کہ اس نے ایک عورت کو نہر میں دھکا دیکر مار ڈالا اور وہ ڈوب گئی۔ اس نے یہ بھی کہا کہ یہ عورت رات کو اس کے حجرے میں آئی تھی اور اس نے ایک استرہ پیش کیا تھا۔ یہ شخص اقرار کردہ جرم کا قصہ سناتے ہوئے آنسو بہاتا تھا، اور اصرار کرتا تھا کہ یہ قصہ درست ہے۔ لیکن جب اسے اطمینان دلایا گیا کہ وہ عورت زندہ اور باصحت ہے تو اس نے اظہار تشکر کیا۔ تاہم بعدازاں وہ از سر نو تصنعی احتیاط کا اظہار کرنے لگا۔ اس احتیاط تابتہ سے قطع نظر اس نے یہ بھی کہا کہ رات کو اس کے حجرے میں ہزارہا چوہے آتے ہیں، اور دیگر لغو باتیں کہیں۔ ایک ملاقات میں اس نے یہ بیان کیا کہ اس نے قتل عمد کا ارتکاب کیا ہے، اور اس کے لئے کوئی امید نہیں رہی اور وہ ہمیشہ کے لئے مردود ہو گیا ہے۔ دوسری ملاقات میں اس نے کہا کہ اس کے پاس ۴۰۰ پونڈ ہیں، اور وہ ۴۰۰ پونڈ ترکہ میں پانے کی امید رکھتا ہے، یہ کہ سینٹ ہلینا (St. Helena) کے جزیرہ کا وہی مالک ہے۔ ان چیزوں میں ایک معنی خیز تناقض تھا۔ یعنی علو (exaltation) کا انداز ایسا تھا کہ جو ایک تقریباً ہم زمانہ پست مزاجی (depression) کے متناقض ہو تصنع کی اس کوشش کو سماعت کے آغاز تک اور اس کے دوران میں بھی جاری رکھا گیا، لیکن سزایاب ہونے کے بعد اس نے اقرار کیا کہ یہ سارا معاملہ ایک ڈھکوسلا تھا۔

بڑے بڑے امتیازی نقاط یہ ہیں۔ دیوانہ بالعموم اس امر پر اصرار کرتا ہے کہ وہ صحیح العقل ہے، حالانکہ ایک متمارض بداہتہً یہ تاثر پیدا کرنے کی کوشش کرتا ہے کہ وہ دیوانہ ہے۔ اگر متمارض غیر مربوط الکلام ہو، تو اس کی غیر مربوط الکلامی تمام قسم کے

دیوانوں کی غیر مربوط الکلامی سے سبقت لیجاتی ہے، البتہ شاید ہذیانی مانیائی غیر مربوط الکلامی سے سبقت نہیں لیجاتی۔ اگر اس کو اختباطات ہوں تو وہ ان اختباطات کے متعلق معتد بہ دقیق نظری کا اظہار کرتا ہے، لیکن اس کے برعکس دیگر امور کے متعلق اور بالخصوص اپنے آپ کے متعلق اور اپنے افعال کے متعلق ایک سخیف کی سی حالت ظاہر کرتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ مصنوعی دیوانہ ماحول کی حد تک غلاظت پسند ہوتا ہے، لیکن وہ اپنے بدن کو غلاظت سے بچائے رکھتا ہے، ممکن ہے کہ بطور ایک کلیہ کے یہ درست ہو، لیکن ایسا ہمیشہ ظہور پذیر نہیں ہوتا، بعض اشخاص اپنے بدن پر گوبر یا کوئی اور گندگی مل لیتے ہیں، غالباً اس لئے کہ انھوں نے یہ افعال کسی صادق دیوانہ کو کرتے ہوئے دیکھا ہوتا ہے۔

ناقص الذہن اشخاص کی نگہداشت

قانون نقائص ذہنی ۱۹۱۳ء کا منشا ناقص العقل اشخاص کی نگہداشت اور علاج کرنا ہے۔ یہ قانون بعض شرائط کے ساتھ قانون ابلہاں ۱۸۸۶ء کی تنسیخ بھی کرتا ہے۔ اس قانون کے مفہوم کی رو سے مندرجہ ذیل قسم کے اشخاص کو ناقص العقل تصور کیا جاتا ہے:

(ا) ابلہے یعنی وہ اشخاص جو پیدائش یا ابتدائے عمر ہی سے اس قدر ناقص العقل ہوں کہ اپنے آپ کو عام طبیعی خطرات سے بچانے کے ناقابل ہوں۔

(ب) سخیف (imbeciles) یعنی وہ اشخاص جن کو پیدائش یا ابتدائے عمر ہی سے نقص عقل ہوتا ہے جو اگرچہ ابلہی کی حد تک تو نہیں پہنچتا تاہم اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ وہ اپنی خبر گیری اور اپنے معاملات کا انتظام کرنے کے ناقابل ہوتے ہیں، اور اگر سخیف کم عمر ہو تو اس کو یہ چیزیں سکھائی ہی نہیں جا سکتیں۔

(ج) ضعیف الذہن اشخاص یعنی وہ اشخاص جن کو پیدائش یا ابتدائے عمر ہی سے نقص عقل ہوتا ہے جو سخافت کی حد تک تو نہیں پہنچتا، تاہم اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ انکی یا دوسروں کی حفاظت کے لئے، انکی نگہداشت، خبر گیری اور انضباط کی ضرورت ہوتی ہے، اور اگر ضعیف الذہن بچہ ہو تو وہ معمولی مکاتب کی تعلیم سے

مناسب فائدہ حاصل کرنے کے مستقل طور پر نا قابل ہوتا ہے۔

(د) اخلاقی سخیف (moral imbeciles) یعنی وہ اشخاص جو ابتدائے عمر ہی سے کوئی مستقل ذہنی نقص ظاہر کرتے ہیں۔ اس نقص کے ہمراہ ایسے قوی فاسد یا مجرمانہ رجحانات پائے جاتے ہیں کہ جن پر سزا دہی کوئی مانع اثر نہیں رکھتی۔

اگر کوئی شخص ناقص الذہن ہو تو اسے ناقص الذہنوں کے ادارہ میں بھیجا جا سکتا ہے' یا مندرجہ ذیل حالات کے تحت اسے کسی کی تولیت میں رکھ دیا جاتا ہے۔

(ا) والد یا والدہ یا ولی کی تحریک پر بشرطیکہ شخص مذکور ابلہہ یا سخیف ہو اور والد یا والدہ تحریک پر جبکہ وہ ابلہہ یا سخیف نہ ہو' اور ۲۱ سال سے کم عمر کا ہو یا

(ب) اگر ناقص الذہن ہونے کے علاوہ وہ ایسا شخص بھی ہو جو کس مپرسی کی حالت میں ہو۔ یا اس کے گزران کے لئے کوئی ظاہرا ذرایع موجود نہ ہوں یا اس کے ساتھ بے رحمانہ سلوک کیا جاتا ہو۔ یا وہ کسی فوجداری جرم کا مرتکب ہو۔ یا وہ صنعتی مدرسہ میں بھیجے جانے کے لایق ہو۔ یا وہ تادیب گاہ مجرمان میں' یا صنعتی مدرسہ میں' یا تادیب گاہ میخواران (inebriate reformatory) میں' یا دار المجانین میں سزا بھگت رہا ہو' یا نظر بند ہو۔ یا قانون میخواران کے منشاء کے مطابق عادی میخوار ہو۔ یا اس کے بارے میں مقامی منتظم تعلیمات نے اس طرح جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا' اطلاع دی ہو یا جو ناجائز بچہ جنتے وقت یا اس وقت جبکہ ایسا بچہ پیٹ میں ہو' امداد مفلسی وصول کر رہی ہو۔

مقامی منتظم تعلیمات کا فرض ہے کہ سات سال سے اوپر کے ان تمام ناقص الذہن بچوں کے متعلق اطلاع دے جنکے بارے میں یہ تحقیق ہو چکا ہو کہ وہ بسبب نقص ذہن کے مخصوص مدرسوں یا جماعتوں میں فائدہ (یا مزید فائدہ) حاصل کرنے کے نا قابل ہیں۔ یا جن کو مخصوص مدرسوں یا جماعتوں میں دوسروں کے مفاد کا نقصان کئے بغیر تعلیم نہ دی جا سکتی ہو۔ یا جب مخصوص حالات کے سبب سے مصلحت اس میں ہو کہ انکو کسی کی نگرانی یا تولیت میں رکھ دیا جائے۔

ایسے بچوں کے متعلق بھی اطلاع دینی واجب ہے کہ جو سولہ سال کی عمر کو پہنچنے پر یا اس کے قبل مخصوص مدرسہ یا جماعت سے اٹھا لئے جانے والے ہوں' اور ان کے

بارے میں مقامی منتظم تعلیمات کی رائے ہو کہ ان کا اپنا بھی فائدہ اس میں ہے کہ یا تو ان کو کسی ادارہ میں بھیج دیا جائے یا کسی کی تولیت میں رکھ دیا جائے۔

جب کسی ناقص الذہن شخص کو ادارہ تولیت میں رکھنے کا اختیار والد یا والدہ یا ولی نے برتا ہو تو دو طبی صداقت نامہ درکار ہوتے ہیں ان میں ایک صداقت نامہ ایسے طبیب کی طرف سے ہونا چاہیئے جس کو مقامی حکام یا مجلس (board) نے منظور کیا ہو۔ اگر ناقص الذہن شخص ابلہ یا سخیف نہ ہو تو قانون کا اقتضا پورا کرنے کے لئے لازم ہے کہ ان صداقتناموں پر عدالتی حاکم بھی دستخط کرے، ایسی تحقیقات کے بعد جو وہ مناسب سمجھے۔

اگر کسی ناقص الذہن شخص کے ساتھ والد یا والدہ یا ولی کے سوا کسی اور ذریعہ سے نپٹنا ہو، تو اس کے ساتھ بطور ذیل نپٹا جا سکتا ہے۔

(ا) جب مذکورہ بالا قانون کے تحت درخواست دیجاتی ہے تو عدالتی حاکم کے حکم کے تحت۔

(ب) اس ناقص الذہن کی صورت میں جو کسی فوجداری جرم کا قصور وار پایا گیا ہو، عدالت کے حکم کے تحت۔

(ج) اس ناقص الذہن کی صورت میں جو قید خانہ، دارالمجانین مجرمان یا تادیب گاہ میں نظر بند ہو، سکرٹری آف سٹیٹ (Secretary of State) کے حکم کے تحت۔

احکام صادر کرنے کے متعلق شرائط۔ عدالتی حاکم کا حکم ایک نجی عرضداشت کے ذریعہ سے دستیاب ہو سکتا ہے۔ یہ عرضداشت بیان کردہ ناقص الذہن کا کوئی دوست یا رشتہ دار یا مقامی حکام میں کا کوئی عہدہ دار گزرانتا ہے جس کو مذکورۂ بالا قانون کے تحت اس کا اختیار دیا گیا ہو۔ عرضداشت کے ساتھ دو طبی صداقت نامے شامل ہونے چاہئیں جن میں سے ایک پر اس طبیب کے دستخط ہونے ہیں جس کو مقامی حاکم یا مجلس نے اس مقصد کے لئے منظور کیا ہو، یا اس امر کا کہ طبی امتحان ناقابل عمل تھا صداقت نامہ ساتھ ہونا چاہئے۔ عرضی دہندہ کا اور کم از کم ایک اور شخص کا قانونی اظہار (خواہ یہ شخص صداقت نامہ دینے والے اشخاص

میں سے ہی ایک ہو) عرضداشت کے ہمراہ ہونا چاہیئے۔ اس اظہار میں یہ صراحت کرنی چاہیئے کہ شخص مذکور ناقص العقلوں کے کس گروہ سے تعلق رکھنے والا بیان کیا جاتا ہے، اور اصابت سے متعلق دیگر تفاصیل اور متلازم حالات بیان کرنے چاہیئں۔

اس درخواست اور دیگر دستاویزات کے پیش کیئے جانے پر عدالتی حاکم کا فرض ہے کہ یا تو اس شخص سے جس کے متعلق درخواست ہے ملاقات کرے یا اسکو اپنے روبرو طلب کرے۔ عدالتی حاکم کے روبرو جو کارروائی کیجاتی ہے، اگر حاکم مناسب سمجھے تو یہ تخلیہ میں کیجا سکتی ہے اور اگر وہ شخص بھی جس کے یہ متعلق ہو اس کا خواہشمند ہو، تو تخلیہ میں ہونی ضروری ہے۔ اگر عدالتی حاکم کو یہ اطمینان ہو جائے کہ یہ شخص ناقص العقل ہے اور نیز یہ کہ اسکے ساتھ مذکورہ بالا قانون کے تحت سلوک روا ہے، اور اگر حاکم اس شخص کے مفاد کے پیش نظر مناسب سمجھے تو حکم دیکر اسے کسی ادارہ میں بھیج سکتا ہے، یا کسی موزوں شخص کو اس کا ولی مقرر کر سکتا ہے۔ لیکن اگر اس عرضداشت کو والدیا والدہ یا ولی نے پیش نہ کیا ہو تو والدیا والدہ یا ولی کی تحریری منظوری کے بغیر حکم نہیں دیا جائے گا' سوائے اس صورت کے کہ وہ غیر معقول طور پر منظوری سے انکار کریں یا مل نہ سکیں۔

اگر عدالتی حاکم کو اطمینان نہ ہو تو وہ مزید شہادت پیش کیئے جانے کی خاطر، مقدمہ کو ۱۴ سے زیادہ دن تک ملتوی کر سکتا ہے یا درخواست کو مسترد کر سکتا ہے۔

جب عدالت حکم صادر کرتی ہے تو قانون عدالت کو صرف اس امر کا پابند کرتا ہے کہ وہ طبی شہادت کی بنا پر مطمئن ہو کہ شخص مذکور ناقص العقل ہے۔ جب سیکریٹری آف سٹیٹ (Secretary of State) ایسے شخص کے متعلق حکم جاری کرتا ہے جو قید بھگت رہا ہو تو دو طبی صداقت نامے درکار ہوتے ہیں۔

ایک حکم ایک سال تک نفاذ پذیر رہتا ہے۔ اس کے بعد مختلف تحفظات کی پابندی سے اس کی ایک اور سال تک تجدید کیجا سکتی ہے، اور بعد ازاں پانچ پانچ سال کی متوالی مدتوں کے لئے اس کی تجدید کی جا سکتی ہے۔ اس قانون کی مرکزی تعمیل تو مجلس انتظامیہ کے دست اختیار میں ہے، جو کہ اب وزارت صحت

کی ہی ایک شاخ ہے۔ مقامی تعمیل کونٹی کونسل (County Council) یا کونٹی برہ کونسل (County Borough Council) کے توسط سے وقوع میں آتی ہے۔

عادی مے نوشوں کو نگرانی میں رکھنا

ایک عادی مے نوش سے صادر شدہ بعض افعال اس کے خاندان کی بہبود کے لئے بالکل ایسے ہی مضرت رساں اور اس کے اپنی جائداد یا اپنے آپ کی خبر گیری کے ناقابل ہونے کی بالکل ایسی ہی دلیل ہوتے ہیں جیسے کہ ایک دیوانہ شخص سے صادر شدہ افعال جو بوجہ مرض دماغی کے نگرانی میں رکھے جانیکے لائق شخص ہوتا ہم ایسی صورت میں قانون اس طریق کار پر جو کہ دیوانوں پر اطلاق پذیر ہوتا ہے عملدرآمد کرنے کی اجازت نہیں دیتا تاوقتیکہ کوئی فرد بدمست ہونیکے علاوہ فی الواقع دیوانہ بھی نہ ہو۔ اس دقت کو مدنظر رکھتے ہوئے عادی مے نوشوں کے انضباط اور علاج کی سہولت کی غرض سے ۱۸۷۹ء میں ایک قانون منظور کیا گیا (۴۲ اور ۴۳ عہد وکٹوریہ چارٹر ۱۹)۔ اس قانون کی معیاد اس کے نفاذ پذیر ہونے کے بعد دس سال کی مدت تک محدود کر دیگئی۔ ۱۸۸۸ء میں قانون بدمستاں منظور ہوا (۵۱ و ۵۲ عہد وکٹوریہ چارٹر ۱۹) جس کا مقصد یہ تھا کہ ۱۸۷۹ء کے قانون کو بعض خفیف ترمیمات کے ساتھ دوبارہ جاری کیا جائے۔ ۱۸۹۸ء میں عادی مے نوشوں کے قانون کی ایک ترمیم منظور ہوئی (۶۱ اور ۶۲ عہد وکٹوریہ چارٹر ۶۰)۔

ان قوانین کی رو سے عادی مے نوشوں کیلئے "پناہگاہوں" کی اجازت دی جاتی ہے جس میں طبی معالجہ بہم پہنچانے کی شرط رکھی جاتی ہے۔ اگر اجازت یافتہ شخص ایک باضابطہ رجسٹری شدہ (registered) طبیب ہو تو وہ خود پناہ گاہ کے طبی معالج کی حیثیت سے کام کر سکتا ہے۔ لیکن جب کسی شخص کو دیوانے داخل کرنے کے لئے مکان رکھنے کی اجازت دی گئی ہو تو مذکورہ بالا پناہگاہوں کی اجازت نہیں دیجاتی۔

اس قانون کے تحت عادی مے نوش کی اس طرح تعریف کی گئی ہے۔

ایسا شخص جو کسی قانون دیوانگی کی زد میں نہ آئے لیکن اس کے باوجود نشہ آور شراب کے عادتاً بے اعتدالانہ استعمال کی وجہ سے بعض اوقات خود کے لئے یا دوسروں کے لئے خطرناک بن جاتا ہو، یا اس وجہ سے اپنی خبرگیری کے یا اپنے کاروبار کے انتظام کے ناقابل ہو جاتا ہو۔

اگر کوئی عادی مے نوش کسی پناہ گاہ میں داخل ہونے کا آرزومند ہو تو وہ پناہ گاہ کے اجازت یاب شخص کو داخلہ کے لئے ایک تحریری درخواست دیتا ہے۔ یہ درخواست قانون ۱۸۷۹ء کے منسلکہ ضمیمہ کے الفاظ میں لکھی جاتی ہے۔ درخواست میں اس کی تخصیص کرنی چاہیئے کہ درخواست کنندہ اس پناہ گاہ میں کس مدت تک رہنے کیلئے آمادہ ہے، اور درخواست کے ہمراہ دو اشخاص کا قانونی اظہار شامل ہونا چاہیئے کہ یہ شخص عادی مے نوش ہے۔ درخواست کنندہ کے دستخطوں کی تصدیق ایک جسٹس آف دی پیس (Justice of the Peace) کی طرف سے ہونی چاہیئے۔ جسٹس آف دی پیس تصدیق کرنے سے قبل اپنا اطمینان کرتا ہے کہ درخواست کنندہ قانون کے منشا کے بموجب ایک عادی مے نوش ہے، اور درخواست کنندہ پر واضح کرتا ہے کہ اس کی عرضی کا کیا نتیجہ ہوگا، اور یہ تحریراً بیان کرتا ہے کہ یہ درخواست کنندہ اس توضیح کو سمجھتا ہے۔ پناہ گاہ میں داخل ہونے کے بعد، درخواست کنندہ کو اس سے نکلنے کی اجازت نہ ہوگی، تاوقتیکہ عرضی میں مذکور مدت گزر نہ جائے، یہ مدت دو سال سے متجاوز نہ ہونی چاہیئے۔ جب مے نوش پناہ گاہ میں داخل ہو جاتا ہے تو اس کو کسی وقت بھی پناہ گاہ کے اجازت یاب شخص کی التجا پر جسٹس آف دی پیس (Justice of the Peace) کے حکم سے رہا کیا جا سکتا ہے، بشرطیکہ جسٹس آف دی پیس اس التجا کو معقول اور مناسب سمجھے۔

جب کوئی شخص کسی پناہ گاہ میں نظر بند ہو یا کسی وقت نظر بند رہ چکا ہو، تو اس کی نظر بندی کی مدت میں توسیع کی جا سکتی ہے، یا اسے دوبارہ داخل کیا جا سکتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ کسی عادی مے نوش کو داخل کیا جا سکتا ہے، البتہ اس کیلئے قانونی اظہار کی (جو کہ قانون ۱۸۷۹ء میں مذکور ہے) ضرورت نہیں پڑتی، اور تصدیق کنندہ کو یہ اطمینان نہیں کرنا پڑتا کہ آیا درخواست کنندہ عادی مے نوش ہے یا نہیں۔

جب عادی میخوار داخل ہو جائے تو اس کو کسی وقت بھی اجازت یاب شخص کی درخواست پر اور جسٹس کی اجازت سے کسی معتبر شخص کے ہاں رہنے کی اجازت دیجا سکتی ہے بشرطیکہ ایسا شخص اسکو ایک مقررہ مدت تک جو دو ماہ سے متجاوز نہ ہونی چاہیئے اپنی تحویل میں لینے کے لئے آمادہ ہو۔ ہر دو ماہ کے بعد میخوار کی رخصت میں اتنی ہی مدت کا اضافہ کیا جا سکتا ہے تاآنکہ نظر بندی کی کل مدت گزر جاتی ہے۔ پناہگاہ سے باہر اسطور سے جتنا وقت صرف ہوتا ہے، وہ مدت نظر بندی کا ایک حصہ شمار کیا جاتا ہے، الّا جب رخصت منسوخ کر دی گئی ہو یا واپس لے لی گئی ہو۔

اگر کوئی عادی مے نوش پناہگاہ میں نظر بند رہنے کے دوران میں عمداً قواعد کی پابندی سے انکار کر دے تو وہ اس امر کا مستوجب ہے کہ سرسری ثبوت کے بعد اس پر تعزیر عائد کیجائے، جو پانچ پونڈ سے متجاوز نہ ہو یا حسب مرضی عدالت اس کو ایک مدت تک، جو سات دن سے متجاوز نہ ہو، قید رکھا جائے۔ بعد ازاں اسکو پناہگاہ میں واپس کیا جا سکتا ہے، اور قید کا وقت اس اصل مدت سے جس مدت کے لئے اس نے زیر نگرانی رہنا منظور کیا ہو منہا کر دیا جاتا ہے۔ اگر وہ فرار ہو جائے تو اسے گرفتار کر کے پناہگاہ میں دوبارہ بھیجا جا سکتا ہے لیکن فرار اور مراجعت کے درمیانی وقفہ کو اس کی معیاد نظر بندی کا حصہ شمار نہیں کیا جا سکتا۔ یہ قانون ٹیکنیکل طریق کارروائی کی بعض شرائط کے ساتھ انگلستان کی طرح سکاٹلینڈ (Scotland) اور آئرلینڈ (Ireland) میں بھی اطلاق پذیر ہوتا ہے۔

جہاں تک نگرانی کا تعلق ہے، دیوانہ اور غیر مجرم عادی مے نوش کے درمیان یہ **فرق** ہے کہ دیوانہ کو تو اس کی مرضی کے خلاف نگرانی میں رکھا جا سکتا ہے لیکن عادی مے نوش کو صرف اس کی اپنی مرضی سے اور ایک محدود مدت تک ہی نگرانی میں رکھا جا سکتا ہے، اور اس کیلئے ایک شرط یہ بھی ہے کہ وہ جسٹسوں کے روبرو عرضداشت دیتے وقت باہوش ہو۔

مجرم عادی مے نوش ۱۸۹۸ء کے ترمیمی قانون میں ان عادی مے نوشوں پر جن پر کوئی جرم ثابت ہو چکا ہو، چند خاص شقیں اطلاق پذیر ہوتی ہیں جن میں

مندرجہ ذیل زیادہ اہم ہیں۔

"۱-(۱) اگر کسی شخص پر فرد قرار داد جرم لگنے کے بعد ایسا جرم ثابت ہو جائے، جس کی سزا قید یا مشقت تعزیری ہو سکتی ہو، اور عدالت کو یہ اطمینان ہو جائے کہ یہ جرم شراب کے زیر اثر سرزد ہوا ہے، یا یہ کہ مخموریت اس جرم کا ایک معاون سبب ہے، اور مجرم یہ اقبال کرے، یا جیوری قرار دے کہ یہ عادی مے نوش ہے تو عدالت کو اختیار ہے کہ وہ کسی اور سزا کے علاوہ یا اس کے بدل میں، یہ حکم دے کہ اس کو کچھ مدت تک، جو تین سال سے متجاوز نہیں ہوتی، کسی سرکاری تادیب گاہِ مے نوشاں یا مصدقہ تادیب گاہِ مے نوشاں میں نظر بند رکھا جائے، بشرطیکہ اس کے منتظمین اس کے داخل کرنے پر رضامند ہوں"۔

"۲-(۱) اس قانون کے ضمیمہ اول میں جو جرائم مندرج ہیں اگر کوئی شخص ان میں سے کسی ایک کا مرتکب ہو، اور اس کو ارتکاب جرم کی تاریخ سے ۱۲ ماہ قبل کے اندر مندرجہ جرائم میں سے کسی ایک جرم کی علت میں کم از کم تین بار سرسری طور پر سزا ہوئی ہو، اور وہ عادی مے نوش ہو تو اس کو جرم کے ثابت ہونے پر یا فرد قرار داد جرم عائد ہونے پر، یا اگر وہ سرسری سلوک کئے جانے پر رضامند ہو، تو سرسری اثبات جرم پر، ایک مدت کے لئے جو تین سال سے متجاوز نہ ہوگی کسی تادیب گاہ مے خواران میں نظر بند کیا جاسکے گا، بشرطیکہ اسکے منتظمین اس کو لینے پر رضامند ہوں"۔

ہذیان ارتعاشی (delirium tremens) کو چونکہ قانوناً ذہن کی ایک ماؤف حالت شمار کیا جاتا ہے، اس لئے یہ ممکن ہے کہ اس میں مبتلا شخص کو سرسری کارروائی کے بعد زیر نگرانی رکھے جانے کے لئے ایک لائق اور مناسب شخص قرار دیا جائے۔ بالعموم ہذیان ارتعاشی کا حملہ اس قدر قلیل المدت ہوتا ہے کہ مریض کو حکم استعجال یا صداقت نامہ کے تحت دارالمجانین میں بھیجنے کی ضرورت نہیں پیش آتی، اور بالعموم یہ امر کافی ہوتا ہے کہ اس کو اپنے ہی مکان میں نظر بند کر دیا جائے۔ دونوں صورتوں میں طبیب کی حیثیت، ان اقدامات کے نقطۂ نظر سے جو مریض صحتیاب ہونے کے بعد کر سکتا ہے، غیر یقینی ہوتی ہے۔

طبیبوں کے خلاف ہرجانہ کے لئے اس بنا پر نالشیں دائر کی جاچکی ہیں کہ انہوں نے مدعی کو بے جا طور پر آزادی سے محروم کر دیا تھا، اور اس نظربندی کے دوران میں ان سے بدسلوکی کی تھی۔

اس قسم کے ایک مقدمہ سکاٹ بنام ویکم (Scott V. Wakem, Guildford Ass. 1862) میں ایک مدعی نے مذکورہ بالا قسم کا دعویٰ دائر کیا۔ مدعی بلے شبہ اپنے حملہ کے دوران میں دوسروں کے لئے خطرناک تھا۔ اس کو بدیں وجہ ایک شخص کی تحویل میں کر دیا گیا، جس کو طبیب کے حکم سے اسی کے مکان میں رکھا گیا۔ جج، براموِل۔بی (Bramwell B) نے یہ فیصلہ دیا کہ اگر مدعی اس وقت ایک خطرناک دیوانہ تھا، اور اس کے دوسروں کو نقصان پہنچانے کا امکان تھا، تو مدعی علیہ اس وقت تک اس کی نگرانی کرنے میں حق بجانب تھا جب تک کہ یہ باور کرنے کے لئے معقول وجہ تھی کہ ابھی خطرہ باقی ہے۔ اور اگر مدعی کی بیوی نے مدعی علیہ کو اپنے خاوند کے ہذیان ارتعاشی کا علاج کرنے کے لئے بلایا، اور مدعی علیہ نے علاج کرنے کے بعد یہ سمجھ لیا کہ مدعی صحتیاب ہو گیا ہے اور مدعی سے رخصت ہو گیا، تو مدعی علیہ نے جو کچھ کیا اس میں وہ حق بجانب تھا، بشرطیکہ اس نے کوئی ایسی بات نہ کی ہو، جو ان حالات کے اندر غیر ضروری اور معقول طور پر غیر مناسب ہو۔ اس اختصار کے باوجود مدعی علیہ کے خلاف فیصلہ دیا گیا۔ اگرچہ یہ صحیح ہے کہ ایک ہی پیسہ (farthing) ہرجانہ دلایا گیا، لیکن اس مقدمہ میں اخراجات اور پریشانی کچھ کم مصیبت نہ تھی۔ ایک اور مقدمہ سِم بنام فریزر اور اینڈریوز (Symn V. Fraser and Andrews) میں ایسی ہی ایک نالش بیان کردہ بدسلوکی اور نظربندی کے ایک سال بعد دائر کی گئی۔ اس مقدمہ میں مدعی علیہ کے حق میں فیصلہ دیا گیا۔ چیف جج کاک برن (Cockburn C. J.) نے جس کے روبرو سماعت ہوئی، کہا کہ خواہ خدمتگاروں اور ممرضات کو ابتداً خود طبیب نے مقرر نہ بھی کیا ہو، اگر طبیب مریض کی خبرگیری کے بارے میں خدمتگاروں اور ممرضات پر حاکمانہ اقتدار برتے تو وہ اس امر کے لئے جوابدہ ہوگا کہ اس نے مریض کو ذاتی نگرانی میں رکھا ہے۔

اس سے معلوم ہو جائے گا اگر کسی طبیب کی تفویض میں ہذیان ارتعاشی کا مریض ہو،

تو اس کا موقف ہرگز محفوظ نہیں ہے۔ اگر اس نے مناسب پیش بندیاں اختیار کرنے سے غفلت برتی ہو اور کچھ ہرج واقع ہو جائے تو اس صورت میں وہ سزا وار ملامت ہے، اور اگر اس نے یہ پیش بندیاں اختیار کی ہوں تو اس کے خلاف کارروائی کئے جانے کا احتمال ہے۔ اگر ہذیان ارتعاشی کی مثال میں طبیب نے مریض کی طرف اپنا فریضہ بطریق احسن انجام دیا ہو تو اس کو اپنے خلاف ہرجانہ کے لئے نالش دائر ہونے کا اور ناموافق فیصلہ کا خوف نہ کرنا چاہئے، لیکن اس قسم کی نالش دائر ہونے کا امکان ضرور رہتا ہے۔ اگر اس کا سابقہ ایسے اشخاص سے پڑا ہو جن سے وہ ناآشنا ہو، یا اسے بعد میں مصیبت کا امکان نظر آتا ہو تو مناسب ہے کہ وہ خاوند، بیوی یا دیگر قریبی رشتہ داروں سے اس امر کے متعلق کہ نگرانی کے معاملہ میں وہ جو کچھ ضروری سمجھے کر سکتا ہے تحریری اختیارات حاصل کر لے۔ اس قسم کے اختیارات میں اس امر کی کوئی ضمانت نہیں ہے کہ طبیب نالش سے محفوظ رہے گا، لیکن اس قسم کی نالش کا جواب دینے کے لئے وہ ایک معتدبہ قدر و قیمت رکھتے ہیں۔ مقدمہ سکاٹ بنام ویکم (Scott. v. Wakem) میں جس کا پیشتر حوالہ دیا جا چکا ہے، بیوی نے اس امر سے کہ اس نے مدعی علیہ کو مداخلت کرنے کا اختیار دیا تھا انکار کر دیا، حالانکہ جس وقت اس کو بلایا گیا تھا، اس نے دیکھا تھا کہ مدعی کے ہاتھ میں بھرے ہوئے پستول ہیں اور وہ اس عورت کو گولی سے اڑا دینے کی دھمکی دے رہا ہے۔ اس مقدمہ میں واقعات، بیوی کے بیان کی تکذیب کرتے تھے، لیکن یہ ممکن ہے کہ صورت حال اس کے خلاف ہو۔

اگر کسی ہذیان ارتعاشی (delirium tremens) کے مریض کے متعلق باضابطہ صداقت نامہ دیا گیا ہو جس کی بنا پر اسے زیر نگرانی کر دیا گیا ہو، اور اس طبیب کے خلاف جس نے یہ صداقت نامہ دیا ہو، نالش دائر کی گئی ہو تو عدالت عالیہ یا اس کے جج کو ایک سرسری عرضداشت دیکر اس نالش کی کارروائی کو معرض التوا میں ڈالا جا سکتا ہے جیسا کہ قانون جنون ۱۸۹۰ء کا منشا ہے۔ لیکن طبیب کو عدالت کو یہ اطمینان دلانا پڑیگا کہ نیک نیتی یا معقول احتیاط کے فقدان کی شکایت کی کوئی وجہ موجود نہیں۔

328